UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1962

N° 617

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

LARAN François, Georges, Henri

Né le 6 Août 1928, à PARIS-XVIII°

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'EXERCICE DE LA PSYCHOTHERAPIE EN MILIEU ASILAIRE

Président : Monsieur Léon MICHAUX (Professeur)

DACTYLOGRAPHIE
1, Rue Royer-Collard
PARIS-V°

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1962 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

LARAN François, Georges, Henri

Né le 6 Août 1928, à PARIS-XVIII°

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'EXERCICE DE LA PSYCHOTHERAPIE EN MILIEU ASILAIRE

Président : Monsieur Léon MICHAUX (Professeur)

DACTYLOGRAPHIE
1, Rue Royer-Collard
PARIS - V°

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . Léon BINET.
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . Jean VERNE

2e ASSESSEUR . . . . Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) / SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) / BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) / DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2e CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	LEGER (L.)
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales — Pitié	CORDIER (G.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales — Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Boucicaut	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales — Broussais	SOULIÉ (P.)
Cliniques médicales — Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales — Cochin	BROUET (G.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Cliniques médicales — Lariboisière	SÈZE (S. de)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgixale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSER (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BADLIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DERCBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A. QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J,)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMFLINE (A), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ceux que cela intéresse .

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538117_0014

Nous sentons avant d'aborder le problème dans son fond, la nécessité de préciser tout d'abord ce que nous préssentons par psychanalyse, psychothérapie et milieu asilaire.

LA PSYCHANALYSE : est une thérapeutique s'exerçant sur un malade librement consentant, c'est dire les difficultés que nous pourrons rencontrer en milieu asilaire.

Il s'agit d'un dialogue qui s'engage entre le patient et le médecin miroir sans teint, miroir qui réfléchit la personnalité du patient, qui lui interprête ses réactions devant cette réflexion et qui de ce fait analyse, une situation transferentielle, c'est-à-dire le vécu historique du malade par rapport au vécu actuel dans la relation; enfin qui dans cette situation manifeste sa présence, cette présence qui grâce à l'analyse contre transférentielle se voudra aussi neutre que possible, mais d'une façon dosée et dans le fond bienveillante.

Le thérapeute travaillant sur un matériel associatif apporté par le malade.

Nous voyons que les règles sont codifiées et pour que l'analyse se déroule d'une façon satisfaisante il faut que celles-ci soient respectées.

LA PSYCHOTHERAPIE : C'est toutes les méthodes qui agissent sur le corps ou sur l'âme par l'intermédiaire du psychisme. Là le domaine est plus flou, tout le monde fait de la psychothérapie d'une façon plus ou moins efficace dans des conditions plus ou moins rigoureuses d'expérimentation; la technique est moins certaine, mais on peut proposer comme il a déjà été fait certaines mesures limitatives.

I° - Pas d'analyse du transfert, mais celle du contre transfert est souhaitable dans la mesure ou celui-ci est analysable dans cet échange ou la personnalité du psychothérapeute est beaucoup plus engagée.

2° - Attitude du thérapeute plus gratifiante du fait surtout que les mouvements négatifs du patient ne seront pas réfléchis.

3° - Elle se passe en tête à tête, ce qui d'ailleurs n'est pas le propre de la psychothérapie, l'analyse la plus classique pouvant se dérouler de cette façon mais beaucoup plus exceptionnellement. Elle a l'avantage de permettre au malade de vous surveiller et de limiter les mécanismes de projection aggressive.

4° - D'une façon plus positive, là aussi, un recoupement entre le vécu historique et actuel est à faire, mais non dans la relation transférentielle.

5° - La relation peut s'établir à un niveau infra-verbal. La malade vous voit, il y a communication complète de l'attitude du psychothérapeute. Le psychothérapeute peut être touché par le patient directement.

6° - Enfin, sur ces données de base peuvent être modulées des techniques à l'infini. Depuis la simple présence du psychothérapeute où le rôle du patient est indiqué d'une façon très large - ludothérapie par exemple en passant par l'ergothérapie et le maternage le plus vigilant auprès des catatoniques et mutiques, jusqu'aux échanges se situant pratiquement au niveau du verbe seulement. Mais à ces attitudes thérapeutiques s'ajoutent une variable, le champ asilaire "découvrir, comme l'a fait CHAIGNEAU, l'aliénation de la notion de liberté est plus culpabilisante que de dénoncer la privation de liberté personnelle".

La rencontre du médecin et du patient ne se fait plus dans un milieu isolé où peuvent être revécues en toute "quiétude" des angoisses primitives. "Il y a les grilles - les portes fermées - un espace, clos, restreint où le respect humain n'existe guère; l'agressivité se libérant sur un mur, sur une vitre, le malade ayant fini de s'enfermer lui-même, le langage pré-verbal domine.

"C'est le conflit des intégrations temporelles des malades fixés et des psychiatres fixeurs.

Le champ asilaire inquiète le psychothérapeute par identification aux malades, il n'est même pas besoin de rappeler qu'il est nécessaire de "supporter cette angoisse et ne pas rester derrière une lentille à observer un mouvement Brownien".

Enfin signalons que cette rencontre du malade et du psychothérapeute a tout de la pêche, le plus souvent le médecin cherchant à se déculpabiliser : vis à vis de certains malades qu'inconsciemment

il agresse, ou encore cherchant une revalorisation narcissique pour ne pas succomber à la tention de ne s'occuper d'aucun, ne pouvant s'occuper de tous.

Ces trois données posées : comment se fait la rencontre du thérapeute et du patient dans une perspective psychothérapeutique en milieu asilaire.

Nous pensons en effet, que si la psychanalyse et la psychothérapie d'inspiration analytique ont gagné leur lettre de créance en clientèle privée, grâce à leur ancienneté, (les préjugés ayant cédé pas à pas, même dans les milieux médicaux), grâce à une codification plus rigoureuse dans les indications de leurs emplois, ce qui permet de donner une approche plus scientifique à la technique, enfin, grâce à des succés indiscutables s'accumulant dont la valeur éprouve, et la théorie et la thérapeutique, par contre l'emploi de ces thérapeutiques en milieu hospitalier est encore très discutée.

Là en effet, et quant à notre propre expérience des difficultés de toutes sortes sont à surmonter.

Enfin se pose la question : pourquoi utiliser ces thérapeutiques en milieu hospitalier ?

Car malgré l'euphorie apportée par l'air des neuroleptiques, dont il ne s'agit de discuter ni l'emploi, ni la valeur, on a pu rapidement se rendre compte que si des épisodes aigus pouvaient être rapidement décapités chez certains malades et permettre une réinsertion sociale rapide de telle façon que des modifications

structurales, n'apparaissent pas en réaction à l'univers carcérale dans lequel il se trouvait plongé.

Il y avait des cas résistants avec réaction paradoxales, (dont nous reparlerons) et d'autres enfin, qui nécessitaient des doses considérables de neuroleptiques pour un résultat qui ne leur permettait qu'une vie végétative, possible grâce au maternage hospitalier, enfin d'autres encore qui maintenus dans un état d'équilibre pouvaient être tolérés par le personnel hospitalier, mais non par une société, plus exigeante quant aux possibilités requises pour conserver des relations "normales". On assistait à une modification progressive dans la personnalité du malade qui s'adaptait vaille que vaille à cette petite société que représente un ensemble de malade infirmiers, médecins. La malade ankystait sa maladie, son angoisse étant en veilleuse; toute tentative de réinsertion du sujet étant vécue comme trop dangereuse, les possibilités du malade étant dépassées, on n'obtenait de ces "chroniques" demandant par habitude leur sortie qu'une réaction psychotique dès qu'on entrouvait la porte.

Il existe donc des malades que les tranquilisants touchent suffisamment pour se supporter, et vivre, dieu sait quelle vie, en milieux hospitaliers mais qui ne peuvent dénouer leur problème, liquider des comportements stéréotypés qui les plongent dans des situations catastrophiques, balayer les angoisses qui les bloquent dans toutes ses tentatives.

Autrement dit, en milieu hospitalier on vit, mais en

veilleuse, on respire même, on peut se passer des camisoles de force, prendre du recul par rapport au malade, éviter que des réactions en chaîne, de type sado-masochique ne se développent d'une façon trop apparente. Enfin on a un espoir, le malade pouvant être apaisé; mais dans l'utilisation des neuroleptiques existe un paramet que nous aurons encore l'occasion d'étudier : c'est la défense du psychiatre et du personnel à l'égard du malade; l'angoisse de celui-ci, étant mise en veilleuse celle du thérapeute qui risquait d'être réactivée se trouve elle aussi mise au point mort. De ce fait les problèmes se trouvent pour le plus grand bénéfice de tout le monde escamotés, dans leur plus grande partie.

On voit d'ailleurs comment ils réapparaissent lorsque la perspective de sortie est envisagée, et avant celle-ci ou après, si l'entourage du malade à l'extérieur a eu une réaction positive de confiance à l'égard du thérapeute. La responsabilité de la sortie se trouvera presque entièrement à charge de celui-ci et l'atmosphère à l'extérieur sera plus détendue, le "crédit octroyé au malade plus grand". Les familles pouvant supporter les malades demandent des permissions, les sorties sont plus fréquentes, même s'il y a des rechûtes, elles sont moins craintes.

Enfin le médecin psychiatre n'est plus un gardien de prison.

Les thérapeutiques occupationnelles sont de plus en plus utilisées, car elles permettent une intégration plus rapide du malade dans un groupe-cadre se rapprochant de la société

extérieure. Le malade a des responsabilités, des contacts avec des hommes et non plus avec des gardiens.

Mais du dortoir à l'atelier d'ergothérapie ou à tout autre groupe dans lequel on se propose de placer le malade il y a un pas que nombre de ces malades ne peuvent franchir. C'est que malgré des limites de démarcation assez floues, le malade doit faire un effort, il lui faut passer de l'état de dépendance absolue, de la vie de grand nourrisson materné, à une vie de malade certes, mais de malade agissant et c'est ici que se situe l'action du psychothérapeute. Après avoir vu la nécessité de "s'occuper" du malade dans une perspective où la personnalité entière du malade est considérée . On découvre que le fond mental du malade est beaucoup plus souple que l'on pouvait s'y attendre la structure a changé et se pose alors le problème du diagnostic initial qui peut être continuellement remis en question comme nous le verrons.

Nous étudierons donc : I - à propos de deux cas

1° - Le champ où se déroule les opérations, c'est-à-dire le lieu de rencontre entre le thérapeute et son patient

A) - L'observation du malade

B) - La discussion nosologique tant sur le plan diagnostic classique, qu'analytique.

2° - La technique employée dans ces deux cas sur le plan relationnel avec le malade.

3° - A propos de ces deux cas, l'utilisation d'une chimiothérapie.

4° - La situation du psychothérapeute dans le service

a) relation avec le médecin Chef -

b) avec le personnel infirmier -

c) relations avec les moniteurs.

5° - La discussion de ces indications.

II° - D'une façon plus générale :

1° - Les indications générales

2° - Point d'action de la psychothérapie et de la chimiothérapie

3° - Discussion de certaines attitudes et de la responsabilité du thérapeute.

I - Les deux cas que nous prendrons pour notre étude se situent apparamment sur le même plan de gravité, tous deux sont des psychotiques, mais les perspectives hospitalières sont très différentes, ils permettront de ce fait de mettre en valeur un certain nombre de paramètre non négligeables.

La discussion qu'entrainera leur analyse, nous montrera l'intérêt diagnostic de l'approche psychothérapique du malade, car comme le disent volontiers les analystes " le diagnostic n'est établi qu'une fois la cure terminée", peu importe en effet l'étiquette que nous collons sur le dos des malades, dans un instantané visant à communiquer notre impression dans un but thérapeutique ou scientifique; mais plus important est de pouvoir présenter une analyse longitudinale du patient, qui rend mieux compte que cette coupe horizontale faisant appel à trop d'éléments transférentiels, et surtout contre-transférentiels, pour pouvoir juger mieux du cas. L'analyse sémiologique classique présente certes tout son intérêt dans une mesure à prendre d'urgence pour sauvegarder de lui-même, le malade ou son entourage, mais l'ouverture sur l'avenir ne pourra se faire avec le maximum de chances de succès qu'en adhérant pas à pas aux difficultés du malade, à se recréer une attitude en face d'un déconditionnement; d'autre part l'analyse de ces deux cas permettra d'une façon limitée, notre thèse, n'étant nullement exhaustive en la matière, - de mettre en évidence certaines difficultés à pratiquer la psychothérapie analytique en milieu hospitalier ainsi que ses possibilités.

PREMIER CAS :

Il se situe dans un service de femme relativement fermé, le médecin chef est traditionaliste, certains efforts de madernisation ont été tentés, l'ergothérapie utilisée, le contact quotidien avec tous les malades recherché; de même, des tentatives ont été faites, pour améliorer le confort des malades, pour les distraire (télévision dans un pavillon) pour les occuper (pavillon d'ergothérapie actif); enfin les "bons chroniques" utilisés dans différents services généraux de l'hopital, mais avec l'inconvénient de ne plus avoir aucun contact avec le personnel médical.

La division du Service en admission, et certains cas aigus, en bons et mauvais cas chroniques, en "gâteux" à celle-ci se surajoute une autre sub-division la hiérarchisant d'une façon encore plus complexe, suivant la provenance de couches sociales plus ou moins élevées donnent au cadre un aspect rigide.

Sur le plan affectif la distance est effectivement grande entre Médecin Chef et malades, la situation sur un plan conscient est nette : l'un est Médecin Chef, l'autre est le malade; enfin la présence de Surveillantes très "ancien régime", contribue puissamment à refouler les problèmes aigus des relations personnel infirmier - malades, les neuroleptiques ici, peut-être plus qu'ailleurs servent à éloigner les réactions gênantes du malade pour la bonne marche du Service et ceci peut-être plus que dans son intérêt stricte.

Dans ce service nous fûmes amenés à nous occuper d'une

malade qui se trouvait dans un pavillon assez déshérité où cas aigus et chroniques se trouvaient mêlés.

Pour la situer, nous dirons qu'elle avait 34 ans, longiligne, une figure fine, intelligente, de grands yeux bleus très expressifs, une chevelure un peu hirsute, coupée court lui donnait un air d'adolescente attardée, le geste maniéré lorsqu'elle était anxieuse lui donnait ainsi parfois un air de poupée javanaise, elle était assistante sociale et depuis la mort de son père alors qu'elle était agée de 17 ans, avait eu la vie dure; pas de contact avec la mère, archie protégée par une grand-mère qu'elle ressentait "bonne" mais castratrice, elle avait un amour démesuré pour son frère qui par son mariage devait la décevoir; elle fût internée pour une "attitude discordante", son délire fût de filiation, et pour ceci elle choisit une des plus grandes familles de France en vedette à cette époque et dont l'une des filles était assistante sociale comme elle.

Nous avons eu lors de la première entrevue l'impression d'un Moi très fragile, toutefois en restant très superficiel dans le contact on pouvait lui faire garder une certaine façade. Les entretiens furent presque quotidiens, la revendication affective à notre égard se developpa d'une façon extrêmement intense, non sans qu'une ambivalence l'accompagna; en effet la distance qu'elle désirait conserver vis-à-vis du thérapeute se manifestait continuellement dans son désir de liberté et le fait de souligner l'arbitraire de sa détention; nous apparu alors comme nécessaire

d'analyser la situation carcérale, mais celle-ci ne fût pas supportée; c'était évidemment comme l'a montré SCHWEICH renouveler les évènements ressentis comme frustrants (antérieurement) et par là l'amener à se dépersonnaliser, ce contre quoi elle luttait par ses constructions délirantes, qu'elle était d'ailleurs obligée de masquer pour éviter la blessure narcissique de la contradiction avec le rapproché du thérapeute alors nécessaire mais vécue comme extrêmement dangereux.

Nous pûmes la faire changer de pavillon et l'amener ainsi dans un milieu plus gratifiant au milieu d'un personnel plus jeune et plus compréhensif. Malgré ceci, sa jalousie se manifesta à l'égard des gens en liberté qui nous approchaient et de notre femme en particulier, qu'elle pouvait voir, puisque nous habitions dans le pavillon où elle pratiquait l'ergothérapie et où elle se rendait; la situation devint alors très difficile, la malade fit des "acting-out" assez violents mais surtout en paroles, les "acting-in" prenaient la forme d'un désir intense d'entrer en contact avec nous, ce que nous ne pouvions toujours éviter, mais nous lui laissions notre main établissant ainsi un contact rassurant.

Chaque nouveauté de la situation était vécue comme gratifiante, car demandant, elle obtenait - de ce fait un vécu analysable pouvait s'instaurer, mais il était des interdits carcéraux que nous ne pouvions lever et cela était des plus durement ressenti par la malade, de ce fait notre rôle sécurisant était minime

en regard de l'image terrible offerte par le Médecin Chef la tension devenant trop importante les doses de neuroleptiques devaient être parfois augmentées.

Petit à petit la malade se sentant acceptée, son délire pût être exprimé au cours d'une accalmie, avec la précaution suivante "Docteur, j'ai des idées ridicules". Ces idées furent développées et nous pûmes les interpréter. Ce fût une période où les oscillations agressives et les élans positifs se firent plus atténués, notre rôle de psychothérapeute était déjà accepté.

Cependant le traitement fût interrompu car nous quittions le Service, elle-même devait le quitter à son tour un mois plus tard rappelée par sa famille habitant la province.

L'expérience nous avait tenté , pendant rester un temps suffisamment long pour pouvoir conduire le traitement jusqu'à une amélioration suffisante pour que la malade puisse être traitée d'une façon ambulatoire; si cette tentative se solda presque par un échec on peut toutefois tenter d'en dégager quelques faits intéressants.

Si l'on peut-être tenté de reprocher à cet essai le risque d'aggraver la malade surtout avec un traitement interrompu, nous pensons en fait qu'il n'en fût rien; en effet si l'attitude revendiquante de la malade devait lors du dernier certificat établi couvrir les bénéfices acquis sur le plan structural, on peut en accuser l'approche du malade qui fut relativement agressive pour des raisons multiples contre-transférentielles directes sur la

malade et indirectes sur le thérapeute. Ces raisons sont facilement analysables du fait du recul dont nous jouissons à l'heure actuelle, toutefois leur étude sera poursuivie plus loin.

Sur le plan de relation : médecin-patient, il était évidemment difficile de n'être qu'un miroir sans teint du fait de la structure de la malade nous avons dû infléchir la méthode analytique, mais la situation réellement frustrante par certains points nous y poussait également, la malade pouvait se sentir effectivement comme une gosse devant une vitrine inaccessible, (elle voyait les enfants jouer ensemble et "ces dames" s'en occuper, comme elle nous le dira).

Ce qui fait qu'à première vue il lui est difficile d'admettre qu'elle se rejettait elle-même hors d'une situation éventuellement gratifiante.

La malade se complaisait dans une situation transférentielle qui à certains moments était inanalysable, mais à d'autres, l'attitude du Médecin Chef dynamisait d'une façon avantageuse l'agressivité de la malade en un transfert parallèle, sinon, la situation aurait été intenable, la malade aurait rompu certainement la relation de la même façon qu'au moment où elle me confondait en une image dangereuse avec tout l'environnement, nous nous bornions dans ces moments à des manifestations de présence bienveillante.

Nous étudierons maintenant cette malade sous l'angle diagnostic. Les différents certificats rédigés à son sujet sont les

suivants :

Placement : 1° - Etat atypique d'allure schyzophrénique, bizarrerie du comportement, ralentissement du cours de la pensée, maniérisme dans les expressions, perplexité anxieuse, méconnaissance de l'état morbide, rétissance sur le fond, - sentiment d'étrangeté, possibilité d'ébauche délirante, notion de deux épisodes antérieurs traités à ...., refus de soins,

Immédiat : Psychose paranoïde, présentation lointaine et maniérée - élocution lente, précieuse, alambiquée. Recourt à des formules abstraites avec redoublement des épithetes; troubles du cours de la pensée, rationalisation morbide sur le thème de l'amour qui la guide dans l'existence; barrage et fading, notions de plusieurs internements antérieurs.

Immédiat : Présente une schyzophrénie d'évolution ancienne, délire paranoïde actuellement désagrégé de persécution de mysticisme et d'érotisme, diffluence de la pensée, froideur de l'affectivité - sub-exitation psychique, stéréotypie, discordance, autisme - à maintenir.

3 mois plus tard au moment de notre départ du Service, libéllé du Chef de Service : psychose paranoïde, nullement modifiée, aucune conscience de l'état morbide, protestation contre l'internement : "pourquoi suis-je ici, je ne comprends pas, je n'étais pas malade" - idées de persécution - "il faut croire que je les gênais sans doute" -

Le diagnostic psychiatrique ne fait guère de doute ici et la discussion sur le plan analytique ne servira qu'à mettre en lumière certains faits particuliers à la psychothérapie en milieu asilaire.

On retiendra chez cette malade une phase paranoïde au cours d'une schyzophrénie évoluant par poussées, nous insisterons donc sur les données psychogénétiques dégagées au cours des entretiens : une mère qui semble avoir été frustrante, très froide, un père décédé alors qu'elle était très jeune et une grand mère surprotectrice qui servait de refuge et cela surtout pendant les vacances, qui la cajolait, la servait au lit, la toilettait comme une petite fille. Un frère qu'elle chérissait et qui lui rendait mais qui semblait par moment un peu lointain.

Il y eut une carence affective précoce, expliquant les fixations orales se manifestant par une extrême dépendance, mais surtout une impuissance à se dégager de l'emprise de la grand-mère sous l'effet d'une énorme culpabilité écrasante vis-àvis de celle-ci, son agressivité consciencieusement "refoulée, je la détestais, je ne comprenais pas pourquoi elle était si gentille".

Cette ambivalence ne lui permit pas de sublimer son amour pour son frère, lui seul existait mais il était inaccessible sur le plan sexuel, mais elle se défendait de tourner les yeux vers un autre but. Lors du mariage de ce dernier, la première bouffée délirante éclate avec des sentiments de dépersonnalisation, elle est hospitalisée.

La famille s'étant désagrégée, elle se met au travail "d'arrache pied", elle a 18 ans de grosses responsabilités pèsent sur elle; des mécanismes obsessionnels se déclanchent, elle compte sans arrêt, rien ne peut stopper la machine à calculer qu'elle a dans la tête, elle est hospitalisée - puis calmée, elle ressort avec le désir de quitter sa famille et de "vivre sa vie"- elle vient à Paris, connait un garçon et dans le désert affectif où elle se trouve, tente de le "dévorer", mais celui-ci la quitte.

Dans son délire elle exprime son besoin d'être protégée; (désir de filiation), flirt mélancoliquement avec la Seine, se promenant sur les quais dans un désir de communion avec la nature; de ces deux façons elle montre son désir de fusion avec la bonne image maternelle et elle en est tellement pleine que dans un mouvement de rapproché elle sort de la dépersonnalisation, elle est loin d'une véritable auto-destruction le tout s'exprime mieux en terme de distance - rapprochement après rééjection d'où il résultera qu'elle sera réellement étonnée lorsqu'on lui dira au moment de son internement qu'elle avait inquiété son entourage et qu'on avait craint son suicide.

La situation commençait donc à s'éclaircir, il est hors de doute que si la thérapie avait pu être prolongée et faite dans de meilleurs donditions la malade aurait tiré bénéfice d'une intégration par son moi du vécu psychotique virant ainsi peut-être d'une façon irréversible vers la névrose; malgré ce travail incomplet, une certaine agressivité a pu être débloquée et intégrée du fait de l'introjection d'une partie du bon objet qui a été rendu possible.

DEUXIEME CAS : il se situe dans une perspective hospitalière très différente : médecin-Chef très ouvert à l'expérimentation, cadre plus accueillant et plus moderne, moins encombré.
Le Service était divisé en trois pavillons de conception identique, où, admissions, cas aigus ou chroniques ainsi que débiles, étaient mêlés. Pour notre part nous avions une quarantaine de malades à nous occuper dans le cas du premier Service envisagé. Il n'y avait donc pas de pavillon de "gateux" pour lequel service médical et personnel infirmier s'intéressant à une psychiatrie plus dynamique, auraient pu être moins attirés. Les malades, même de niveau inférieur, pouvaient être de ce fait plus facilement entraînés par le courant général du Service.

Le malade : nous avons devant nous un homme de 36 ans, présentant bien, de taille moyenne, stature assez robuste, figure ronde, le cheveu commençant à être rare, de complexion rousse claire, l'oeil bleu assez naïf d'expression, l'attitude réservée marchant d'un pas assuré de la porte à notre bureau, un peu sur le "qui-vive", une attitude réticente qui cèdera rapidement devant un désir de coopération plus apparent que réel et qui est le fait d'une certaine facilité. La poignée de main est un peu molle, le regard un peu fuyant vient confirmer cette impression. Les premières questions amènent des réponses brèves et précises : le malade n'est ni désorienté ni confus, il raconte volontiers son histoire, il est propriétaire d'une petite entreprise d'articles de Paris; il a terminé avec succès une école électrotechnique à Nancy.

Il a été interné pour avoir fermé son atelier qu'il gardait avec fusil de chasse pour en défendre l'entrée à quiconque.

Le malade était déjà dans le service depuis 8 jours - l'épisode délirant et l'agitation avaient été décapés à l'Halopéridol.

Nous reconstituerons son histoire pour lui donner plus d'homogénéité - Elle nous est apparue d'une façon progressivement stylisée au cours des nombreux entretiens qui devaient se dérouler par la suite, nous rappellerons ultérieurement certaines phases décisives.

Le malade a été élevé par sa mère jusqu'à l'âge de 2 ans, le père travailleur, mais effacé, la mère un peu molle mais dont le rôle semble avoir été inexistant, elle semble avoir été écrasée par la sienne. La famille maternelle habite une petite ville de province, les parents viennent à Paris pour monter une affaire de bimbeloterie, difficultés de logement. L'enfant est donc confié à la grand'mère maternelle, aucun ressentiment n'est manifesté contre cet abandon, dans une première phase, l'histoire du malade se centre sur la grand'mère, elle induira sur celui-ci une conduite particulièrement passive, vis-à-vis des femmes à revendications phalliques intenses et castratrices; les grands'parents sont retraités, ils habitent une petite maison avec un jardin, ils ont le temps de s'occuper de lui - trop au dire du malade - cette grand'mère est trop "mère-poule" : elle le berce, le fait coucher parfois dans son lit jusqu'à 12 ans; le réchauffe les matins d'hiver, le soir reste auprès de lui, lui "flatte" la main,

le visage, lorsqu'il ne peut dormir - mais interdiction de jouer avec les camarades - élevé comme une petite fille avec des cheveux longs jusqu'à un âge avancé, dès qu'il manifeste sa virilité par des jeux ou le sport, la "rossée" est là. Elle lui fait peur avec des personnages imaginaires, pour le consoler et le mieux presser sur son coeur ensuite.

Enfant calme et silencieux, il vivra dans le brouillard, insensible aux choses et aux gens, comme il l'exprimera lorsque corrigé plus que vigoureusement par le poing d'un maître brutal, tout ceci pour une mauvaise prononciation, il ne pleurera ni se plaindra au grand étonnement de toute la classe.

Malade, chez lui, on mettra des billets de banque sous son oreiller tous les soirs pour qu'il guérisse et on lui enlèvera à la guérison.

Il n'est guère la peine d'insister sur ce rituel quasi magique et frustrant, pour comprendre la distorsion progressive de la personnalité de notre malade - (tu es faible, je te donne, - tu es fort, je t'enlève).

La mère meurt, il a 7 ans, ceci nous est conté sans aucune manifestation de chagrin; le père se remarie, on devine que rapidement un conflit éclate avec cette première belle-mère, notre malade nous dit qu'il était très sensible et qu'il faisait des montagnes pour des riens, mal supporté, il est rapidement envoyé chez ses grands'parents. Ses études secondaires (math.él.) comprises se terminent bien, il fait math. sup. et math.SP,

réussit l'électro-technique de Nancy après avoir échoué à Central; mais il a continuellement la hantise de voir ses études interrompues par une menace du père qui plane dans son esprit. En effet, celui-ci lui a dit qu'il a été dépensé trop d'argent pour marier son demi-frère, plus âgé que lui, et d'un premier lit de sa belle-mère - là encore conflit virulent qui se produira surtout à des niveaux intra-verbaux : refus de la nourriture préparée par celle-ci sans que personne n'y comprenne rien.

Il se sent plus heureux en pension, hors des personnages significatifs, mais nous l'avons vu, son bonheur est gâté par l'insécurité.

Il fait son service militaire dans la Marine, bien encadré sur une petite unité dans le Midi, malgré son anti-militarisme, il éprouve une grande paix; son ambivalence à l'égard de l'autorité est en veilleuse, grâce à ces circonstances optimum.

De retour au foyer, son père qui n'espérait qu'une chose: le voir travailler avec lui, se brouillera au bout de quelques mois à cause de ce rapproché trop grand et les interférences familiales nombreuses; et scènes entre la deuxième belle-mère et lui (la première étant décédée et le père s'étant remarié).

Des difficultés d'héritage, propriétés indivis, obligent notre malade à rester en relation étroite avec son père; celui-ci meurt deux ans plus tard et comme nous le dira son oncle plus tard, insistant sur la culpabilité du fils vis-à-vis du père "il l'a tué Docteur, par toutes ces discussions".

Notre malade s'est marié, il a une petite fille, sa femme est institutrice (image maternelle rassurante) elle sera un appui, mais elle représente une réalisation pour notre malade, bien qu'immature affectif et sexuel (il a eu 2 amours : une maîtresse d'école à 7 ans et une voisine un peu plus tard et ceci complété par quelques masturbations, sera toute son expérience).

Il a désiré se marier pour satisfaire ses besoins, ce n'était pas le "coup de foudre" -ses affaires très difficiles s'améliorent grâce à sa tenacité, mais des difficultés continuelles avec la famille, les anciens ouvriers, une vieille secrétaire, jouant aussi un rôle de "mère terrible", l'acculeront à une situation catastrophique; sa vie affective se complique, prenant la fuite devant sa femme mal relevée de ses couches et présentant une fistule recto-vaginale utilisée d'ailleurs largement de part et d'autre pour ne point jouer leur rôle d'époux, il sera précipité par sa femme dans les bras de son infirmière au cours de la période qu'elle passera à l'hôpital pour subir une première intervention réparatrice- "c'est le coup de foudre physique" - qu'il exprimera d'ailleurs avec une passivité absolue à l'égard de sa nouvelle compagne. Pendant plusieurs années, ce couple persistera pour mener une pseudo vie conjugale, le père rentrant de temps à autre à la maison pour donner une image de "père" à sa fille, de plus il aime bien sa femme; des disputes éclatent alors que sa première maîtresse l'a quitté pour une femme (sic); il cherche et en trouve une autre gravitant

dans l'orbite de sa propre belle famille. Sa nouvelle maîtresse est plus exigeante, de ce fait une certaine jalousie se manifeste chez l'épouse, des disputes éclatent à nouveau.

La méfiance du malade du fait de sa culpabilité s'exaspère, les difficultés professionnelles et sentimentales s'amoncellent en partie potentialisées par son attitude; "tout le monde désire le voler", son oncle travaille pour sa belle-mère, celle-ci du fait du voisinage de son affaire, lui ferait exécuter des pièces à son compte dans son atelier à son insu.

Pour préciser son attitude affective, nous dirons qu'il commence à tyraniser sérieusement sa maîtresse par sa jalousie - il est parti en vacances en août, mais à son retour, il est encore plus inquiet sur la marche de son affaire, il n'aura guère profité de cet éloignement.

Il s'enferme avec sa maîtresse pendant 8 jours d'une façon effective et totale pour seulement "faire l'amour" avec elle, soulignant par ce fait son désir de fusion étroite avec l'image maternelle et sa dépendance extrême, en même temps qu'un désir de réassurance, alors que sur le plan professionnel, sa réussite s'affirmait malgré certaines difficultés.

Pendant cette période, le malade se rasera, se tiendra propre, ce qui contraste singulièrement, aux dires de sa maîtresse, avec son incurie habituelle (réassuré il consent à s'occuper de lui-même); au bout de 8 jours, sa maîtresse se rebiffe, s'enfuit, il la poursuit - revient chez lui et décide alors de garder

son atelier en arme; il achète pour cela un fusil de chasse, des cartouches et un couteau à une armurerie. L'arme à la bretelle, il fait le "lock-out" de son atelier, son chien l'accompagne; cette bête jouera un rôle important dans son délire car pendant la période où il restera oscillant entre sa maîtresse et son délire, il mettra une muselière à la bête et ne lui donnera pratiquement pas à manger de peur qu'elle soit empoisonnée, montrant ainsi son ambivalence à l'égard de son chien, lui-même ne mangera pratiquement plus; le jour où il aura mis ses projets à exécution, c'est-à-dire de garder son atelier, il fera une démarche auprès de son garagiste habituel qui reste encore inexpliquée par le malade ; le garagiste a appelé la police, celle-ci interviendra beaucoup plus tard pour des raisons matérielles, mais lors de son intervention, le malade donnera ses armes sans opposition, plutôt rassuré; cette attitude si docile et inexplicable en apparence s'éclairera d'un jour nouveau après 4 mois d'analyse, nous reverrons ultérieurement le vécu analytique de certains éléments caractéristiques.

Le malade est alors dirigé sur l'infirmerie spéciale.

Approche du malade : Lorsque nous prîmes contact avec le malade, celui-ci, comme nous l'avions déjà souligné, avait été traité d'une façon médicamenteuse. Il était déjà plus rassuré; le contact était assez réservé et froid, le malade expliquait d'une façon assez intellectualisée ses "avatars" mais sous cette façade mince et peu solide, nous sentions une fragilité et un bouillonnement

qui se traduisait par une instabilité motrice manifeste qui subsistera après l'arrêt du traitement à l'hallopéridol (après 2 mois). Nous sentions malgré tout une certaine coopération possible après avoir par quelques séances fait le tour de la personnalité du malade et supputé les chances de la psychothérapie analytique. Nous n'avions pas fait mention au malade du type de thérapeutique que nous pensions utiliser, lui ayant seulement dit que nous aurions plusieurs entretiens par semaine (4 de trois quarts d'heure), après une dizaine de séances nous lui demandâmes de nous formuler dans la mesure du possible tout ce qu'il penserait d'agréable ou de désagréable pour lui ou pour moi - règle classique de l'analyse qui peut à notre avis être aussi utilisée en psychothérapie de façon à proposer au malade d'apporter un matériel à analyser, mais aussi d'adopter une attitude permissive pouvant dédramatiser la situation dans l'immédiat - Au bout d'un mois, le malade vint, nanti d'une expérience qui pouvait être utilisée comme défense ultérieurement. Il avait lu dans un "digest" un article traitant de psychanalyse, il se reconnut comme curable par la méthode; plus tard, traduisant son ambivalence à mon égard, il me rapportera que dans ce même article, il était dit que les neuroleptiques faisaient courir le danger de mourir à la longue épileptique ou d'une cirrhose du foie; puis son agressivité s'étendant et ses défenses vis-à-vis de moi s'organisant, il se dira incurable par la psychothérapie "l'article l'avait bien dit d'ailleurs".

Nous insisterons sur ce phénomène d'extension du malade, se manifestant non seulement à l'égard des neuroleptiques, mais aussi à l'égard du psychothérapeute et dans les deux cas, il s'agit de l'introjection d'un objet ressenti comme dangereux.

Nous acceptâmes néanmoins de lui dire qu'il nous était possible de nous occuper de lui à l'extérieur, le malade en fut soulagé.

Quelques jours plus tard la transformation de placement revint et nous en informâmes le malade; nous vîmes son oncle et sa tante qui voulaient bien le prendre en permission et sur sa demande nous lui accordâmes. L'activité du malade au cours de celle-ci fut extrêmement réduite, il revint toutefois assez content, nous parlant de sa sortie éventuelle. Le malade commençait à aborder d'une façon active les problèmes actuels, mais lorsque la date de sa sortie fut envisagée les symptômes reprirent une place prépondérante.

Le jour du départ, le malade ne voulait plus sortir, trop inquiet du rôle à assumer, mais d'autre part, il ressentait sa libération comme rassurante, car si on le laissait sortir c'est qu'il ne pouvait être "dangereux" ni pour lui, ni pour les autres. Nous lui laissâmes le maximum de liberté devant la décision à prendre. Les rôles invigorants furent joués à la dernière minute par l'assistance du Service et les infirmiers.

Le malade sortit, nanti des horaires de séances qui devaient se dérouler au même rythme. Il devait avoir une

ordonnance de tranquillisants et de somnifères car son insomnie lui était pénible, elle ne lui fut pas transmise, car elle fut égarée, ce qui eut un certain retentissement sur la cure, nous reviendrons ultérieurement sur ce point.

Le malade ne fut pas assidu à ses séances, les premières se déroulèrent en tête à tête, le malade assis dans un fauteuil en face de nous, rapidement des "acting-out" avaient modifié la situation transférentielle et contre-transférentielle, le malade se faisant d'abord accompagner de sa secrétaire, puis de son oncle, désireux que je confirme à ce personnage son incurabilité, afin de leur montrer l'inutilité de leurs efforts et de lui permettre de retourner à l'hôpital. Il télescopait ainsi deux motifs : l'un conscient, le désir de retrouver un milieu sécurisant et d'échapper à sa famille qui voulait le faire travailler, l'autre inconscient, celui de lui témoigner son agressivité par sa docilité; enfin des "acting-in", le malade nous réclamant à chaque séance des médicaments, nous avons vu qu'il n'avait pas eu son ordonnance et sur le plan pratique cela n'avait eu guère d'importance, puisque le lendemain de sa sortie nous devions le voir, cela eut sur le plan transférentiel un effet marquant, il venait chercher sa nourriture orale, des soins et, d'autre part, il essayait de nous mettre dans une situation où nous aurions été obligés d'intervenir pour le faire interner.

Ainsi chaque séance présentait un caractère d'urgence, notre présence et nos interprètations suffisant à peine à maintenir le

malade à "flot" celui-ci faisant quelquefois un long chemin à pied pour regarder les grilles de l'hôpital d'un air nostalgique, enfin ne pouvant nous exprimer son agressivité trop massive, il retourna à l'hôpital un matin pour nous demander ainsi qu'au Chef de Service son internement. Nous nous dérobâmes à son désir et nous avons demandé à notre Chef de Service de nous permettre une neutralité absolue, ce dernier renvoya le malade en lui faisant comprendre que son état ne nécessitait nullement son retour à l'hôpital. A 15 heures de l'après-midi, malgré notre rendez-vous, le malade était encore à faire le siège du Service, téléphonant à l'hôpital pour avoir de ses nouvelles et ayant pu le joindre directement, il me demanda à me voir plus tard, mais il ne vint pas : j'appris ultérieurement que sur une remarque un peu vive du Surveillant qui déclara volontiers l'avoir cherché, le malade qui avait toujours été d'une grande passivité, lui envoya une volée de coups de poings, (l'agressivité s'étant exprimée, il n'avait plus eu besoin de venir nous voir pour nous la manifester).

Le lendemain il agressait sa secrétaire ne m'ayant pas sous la main, comme il me le confirma plus tard; il avait eu les séances précédentes très peur de son agressivité, ayant eu envie de démolir tout ce qu'il y avait dans notre bureau, la frustration d'un changement d'horaire qu'il avait intégré en projetant au maximum son agressivité en pensant que nous l'avions fait exprès pour l'"embêter", enfin une attitude probablement trop

positive de notre part pour lui donner le maximum de liberté dans un mouvement contre-transférentiel probablement insuffisamment analysé. Tous ces éléments avaient joué le rôle de la "goutte d'eau qui fait déborder le vase". Le malade fut donc renvoyé d'office à l'hôpital, conduit par Police Secours, la secrétaire ayant eu très peur car il avait osé la tutoyer, en lui disant "tu as peur hein", celle-ci l'avait culpabilisé la veille au maximum le traitant d'égoïste, d'incapable, de paresseux, alors que cette dernière avait une valeur très forte dans sa constellation.

L'anxiété du malade disparut en quelques jours "son entourage, ainsi que nous-mêmes, devaient avoir compris", il s'était fait comprendre en effet, il nous fallait bien admettre la nécessité de le protéger encore. Dix jours plus tard, n'ayant pour tout traitement que 60 gouttes de Clorpromazine et un comprimé de Méprobamate le soir avec un comprimé de barbiturique, il me demanda de diminuer son traitement en annulant au maximum ce qui pouvait dans sa démarche apparaître comme un mouvement vers l'indépendance; il n'en demeurait pas moins un désir de supporter davantage de réalité, aussi nous l'engageâmes à participer à l'élaboration de son traitement en discutant de sa nécessité et de ses effets. Un matin alors qu'il n'avait pas eu ses médicaments et que nous n'avions pu le voir la veille, une recrudescence d'anxiété fit qu'il nous aborda lui, si discret, en nous disant "que ça n'allait pas du tout" délirant sur ses poumons et

son coeur. Lors de la séance qui suivit, les mêmes défenses et plaintes réapparurent ainsi qu'une vive agitation, à la fin de la séance toutefois le calme étant revenu nous lui demandâmes "comment il se sentait", surpris il me dit ne plus avoir aucune oppression, ni angoisse, ni malaise physique; de ce jour sa confiance "dans les mots", dans "notre pouvoir" fut établie, nous n'interprètâmes pas le transfert à cette occasion mais ce jour fut réalisé sous nos yeux un véritable changement de structure.

C'est seulement à partir de cette séance que le délire fut par lui abordé spontanément et ceci à de nombreuses reprises et chaque fois d'une façon plus profonde, schématiquement il donna les explications suivantes "il voulait jouer la bataille d'Austerlitz", son entourage représentant l'ennemi : les Autrichiens; tandis que le percepteur auquel il demanda d'intervenir pour étudier ses comptes et déclarations afin d'en voir la régularité, ainsi que le Commissaire de Police à qui il eut recours et l'Inspecteur de répression des fraudes, étaient devenus autant de généraux alliés qui devaient pouvoir, chacun dans son secteur, déceller d'une façon d'ailleurs très rationnelle les malveillances et les malhonnêtetés de son entourage (On peut penser ici que l'attitude plus que les idées était délirante). Il nous donna des détails sur la technique de la bataille d'Austerlitz. Il aurait dû laisser la bataille se dérouler dans le Marais, c'est-à-dire attendre que les Autrichiens, ses ennemis,

s'enfoncent davantage dans le piège qu'il leur tendait avant d'attaquer.

Le malade était détendu et riait en nous racontant ses exploits. Le problème de l'organisation de sa vie était abordé, malgré un certain désir de fuite, ses projets conservaient un aspect pragmatique, il voulait divorcer, vivre plus instinctivement avec sa maîtresse avec laquelle il s'entendait bien physiquement, mais montrait des difficultés à quitter sa femme qu'il aimait cependant pour l'appui moral qu'elle avait toujours su lui donner. Devant sa perplexité confinant à l'angoisse, nous décidâmes de lui "lâcher la bride", lui permettant de sortir de l'hôpital sans pour autant solutionner ses problèmes dans l'immédiat, ce qui le soulageait d'une partie de ses soucis, et le travail de consolidation du Moi put s'opérer.

En quinze jours le malade attend sa sortie d'une façon détendue, il sait que ce délai est nécessaire avant de pouvoir demander la conversion de placement; son attitude malgré tout passive et les motivations de son retour purent être analysées au mieux pendant cette période. Il était évidemment très ennuyé d'avoir mis sa famille dans l'embarras en n'assumant plus son rôle d'adulte; d'autre part, un autre facteur avait facilité sa décision de retour à l'hôpital, il n'avait pas voulu gêner sa femme qui devait se faire réopérer pour "sa fistule", (décision prise après un entretien avec nous). Nous soulignerons maintenant les deux tournants de la cure : 1°) - la séance où il prit

conscience de l'existence d'un bon objet introjectable - 2°) l'analyse du délire qui put être fait dans un climat de confiance et qui du fait de son analyse renforça le Moi d'une façon décisive.

Lorsque la conversion revint le malade en fut informé avant nous, il attendait notre venue dans le Service avec impatience, ayant peu dormi et se plaignant de quelques manifestations hypocondriaques; la séance commença comme chaque fois où il était anxieux par un monologue "en mitrailleuse".

Après une permission de 24 heures qui se passa très bien, la sortie fut envisagée d'une façon définitive, non sans que le malade nous ait réclamé la réorganisation de ses séances à l'extérieur.

Au cours de cette dernière période, le malade avait appris à faire la distinction entre fatique physique après une bonne journée d'occupation et sensation de "chape de plomb" sur les épaules, lorsqu'il entreprenait une action significative.

Le malade avait manifesté lors des dernières séances le désir de reprendre "doucement" l'existence, manifestant par là le désir que l'on ne prenne point trop au sérieux cette "guérison" afin de ne point être abandonné; le malade sortit cette fois non accompagné, légèrement hypomaniaque, les séances qui suivirent à l'extérieur furent caractérisées encore par un débit "en mitrailleuse" au début de chaque séance. Il voulait tout connaître du fonctionnement de son affaire, faisant lui-même sa comptabilité, mais y étant également obligé parce que sa secrétaire-comptable

était partie, assumant relativement bien auprès de sa famille son rôle de convalescent que celle-ci voulait lui faire jouer; il est à souligner ici la blessure narcissique que représentait pour lui le séjour en milieu psychiatrique. Depuis son activité ne fit que mieux s'adapter aux circonstances, il manifesta quelquefois le désir de retourner à l'hôpital mais aussitôt se récusait.

Des conflits vivaces existent certes encore, mais la régression est moins forte, les convictions délirantes n'existent plus, les besoins infantiles moins exigeants et moins difficiles à satisfaire. Autrement dit, en quatre mois nous avons gagné plus qu'une simple rémission, des activités plus étendues sont permises au malade, ainsi qu'une plus grande liberté; enfin une psychanalyse orthodoxe sera poursuivie par le même thérapeute dans une situation confortable.

ANALYSE DU CAS

Beaucoup de questions se posent au travers de ce cas.

1) - Comment et pourquoi chercher une étiquette nosologique ?

I- certificat : Idées délirantes de persécution à caractère interprétatif, il est l'objet de mesquinerie, de tracasseries incessantes de son entourage, on l'embète pour des détails. Perplexité, d'où ambivalence, sentiment d'un mystère qui l'entoure et qu'il n'arrive pas à percer, se livre à des manoeuvres naïves pour forcer ses adversaires à se démasquer - ébauche de rationnalisation, tout est organisé par étapes successives, tout est "noyau" idées de jalousie", recherche d'une explication logique; humeur paradoxalement euphorique, début des troubles difficile à préciser - réflexes normaux, pupilles normales.

Immédiat : Schizophrénie évoluant sous l'aspect d'un délire d'interprétation d'allure paranoïaque, sténie agressive avec menaces et voies de faits, attitude inébranlable, sentiment d'un certain mystère - systématisation seulement apparente - contradiction - impression d'hostilité peu naturelle - nécessité d'observation psychiatrique.

Immédiat : deuxième Centre Hospitalier - Idées délirantes de persécution semblant s'intégrer dans le cadre d'un état d'excitation psychomotrice de type manies-coléreuses - début apparemment récent des troubles : fin août. Pensait à ce moment qu'on voulait empoisonner son chien, depuis suspecte ses ouvriers de travailler en fraude, de lui être hostiles - en manière de protestation ne s'est pas rendu à son entreprise, il s'est muni d'un fusil de chasse

pour y monter la garde - systématisation délirante peu poussée, mécanisme interprétatif délirant, humeur labile récemment anxieuse, aujourd'hui "euphorique" je suis en vacances", propos sténiques, discours abondants à note ludique - pas de notion d'hospitalisation antérieure, insertion familiale précaire - à observer -

Quinzaine : A présenté un état délirant à thème de persécution avec réaction agressive sur fond d'excitation psychomotrice, l'ensemble réalisant un tableau de type : manies-coléreuses - début des troubles en septembre dernier, sans antécédents psychiatriques connus - structure caractérielle encore difficile à apprécier, actuellement sédation de l'activité délirant - semi critique de la conviction passée, transformation de PO en PV demandée.

Sortie : Etat mental considérablement amélioré, peut sortir.

Les notes rédigées par les internes étaient les suivantes:

Interne de garde: Raconte ses difficultés,

Montre une méfiance diffuse,

Présentation désabusée,

Délire flou de persécussion, aucun thème dépressif ni d'idées d'autolyse.

Deuxième interne : Sténie - rigorisme, conviction indiscutable, excitation psychique. Locacité, expensivité se traduisant par une réaction sthénique de joie d'être en vacances.

Troisième interne : (nous-même) Visite de sa maîtresse, : elle nous signale trois mois auparavant des perturbations sexuelles, affectives et professionnelles.

Les ruminations sur le déshéritage de son père, qui a favorisé au maximum sa concubine.

La secrétaire qu'il rappelle à l'ordre continuellement,

Le début de sa réussite,

Confirme les thèmes délirants : la peur de voir son chien empoisonné,

L'absence de l'incurie - rapprochement sexuel maximum.

Sa colère lorsqu'on parlait de le faire soigner,

Enfin sa séquestration pour faire l'amour avec elle toute la journée,

Des crises de larmes et de rire (une dysthimie notable)

Un mois plus tard, sa réussite dans le travail coïncidant avec sa décompensation,

Difficultés sexuelles et fuite

Une semaine plus tard, à la visite de l'épouse, nous pouvons écrire, attitude négative du mari. Identification de l'épouse à celui-ci, elle rend son entourage responsable de ses difficultés, parle de ses troubles sexuels (s'est toujours refusée à se faire traiter, fistule recto-vaginale).

En réalité, son refus correspond à des défenses extrêmement superficielles.

Après six semaines : Contact bien établi avec le malade, attitude encore discordante, entre le contenu et la forme,

Défense intense envers les médicaments et la parole, comme des objets dangereux à incorporer,

Passivité homosexuelle au premier plan.

Deux mois plus tard : Sorties avec cure organisée à l'extérieur.

SYNTHESE : 1°- Niveau intellectuel et connaissances techniques importants, Niveau culturel assez médiocre, mis à part ses connaissances historiques,

2°- Attitude affective extrêmement méfiante à l'égard de l'entourage qui est représenté par une constellation significative importante : oncle - tante, belle-mère, femme, maîtresse, secrétaire, ouvriers,

3°- Activité professionnelle mal assumée,

4°- Culpabilité très intense,

5°- Sensation d'impuissance intra et extramuros très importante.

2ème internement un mois plus tard.

Troubles du comportement chez un délirant interné récemment durant 3 mois. S'est jeté sur sa secrétaire, l'a brutalisée afin dit-il d'être à nouveau interné. A découvert durant son hospitalisation toutes les explications pathogéniques dans les idées de persécutions, c'est parce que sa grand mère l'a tué 2 fois dans son enfance.... et qu'actuellement il a perdu la force physique et la force de s'émouvoir étant impuissant, la vie normale lui devient impossible. Nombreuses interprétations pseudo-médicales et pseudo-psychanalytiques de sa vie, de son angoisse, présentation plutôt dépressive. Thème hypocondriaque, examen physique normal.

Immédiat du 2ème internement : Schizophrénie délirante déjà traitée en milieu psychiatrique à maintenir.

Au deuxième contre hospitalier,

Immédiat : état dépressif chez un sujet récemment hospitalisé, pour syndrôme délirant, à thème de persécution, anxiété exprimée plus que vécue, contre laquelle il est cependant venu chercher refuge dans une nouvelle hospitalisation.

Structure obsessionnelle à observer.

Quinzaine : a présenté un état dépressif anxieux, suivant une période d'excitation, avec idée délirante à thème de persécution, refuge à l'hopital. Nette amélioration, actuellement peut bénéficier d'une transformation de placement d'office en placement volontaire.

Très amélioré, bonne intégration dans le service, désire reprendre ses activités professionnelles, bonne critique du délire.

Finalement, si nous voulons nous en tenir à un diagnostic classique nous pourrons retenir :

Des idées délirantes de persécution à caractère interprétatif, allant en s'intensifiant, avec rationalisation,

Une dysrythmie de l'humeur, avec des phases d'excitation violentes,

Une jalousie morbide,

Une labilité et un flou de la pensée

Plusieurs diagnostics ont pu de ce fait être évoqués - tout d'abord la schizophrénie, ou mieux un état schizomaniaque, car on peut évidemment mettre l'accent sur une certaine passivité, une certaine susjectibilité et un mymétisme qui lui faisaient parfois utiliser les vocables employés par son interlocuteur, ce qui a pu faire écrire lors de son deuxième internement "interprétation pseudo-

médicale et pseudo-analytique". En fait ces éléments, bien qu'archaïques, sont plus maniaques que schizophréniques. Il existe des inhibitions, mais elles se situent dans l'activité générale du sujet sans blocage, ni négativisme.
Pas d'ambivalences foncières.
Donc, finalement pas de dissociations intrapsychiques manifestes, ni d'autisme réel, bien qu'évidemment de par son activité délirante on puisse souligner son appragmatisme.

Enfin, délire exprimé seulement sous la forme d'une ébauche, une fois le malade suffisamment en confiance; son évolution étant écourtée, il n'en demeure pas moins beaucoup plus structuré que dans une schizophrénie. Son délire exprimait : le préjudice, ce que n'exprime pas la schizophrénie. Est encore à discuter le syndrôme maniaque : l'agitation du malade, son ludisme : "il est en vacances"; il est heureux d'être soulagé de ses activités de patron.

On a pu aussi évoquer le diagnostic de délire chez un paranoïaque sur : "la sthénie agressive", l'attitude inébranlable de méfiance à l'égard de son entourage; mais, la perplexité facile à soulever chez ce malade et surtout l'évolution dans une perspective de psychiatrique classique montrant une certaine souplesse dans la structure et une chaleur non piquante dans le contact - le font donc réfuter.

On ne trouve pas non plus cette inflation du Moi se traduisant par : l'orgueil, la vanité, ou autre caractère de ce genre.

Toutefois, dans le délire, on a pu évidemment mettre l'accent sur certains éléments de revendication (revendication de justice comme le montre le rôle joué par le commissaire, le percepteur, l'inspecteur de la répression des fraudes).

Mais on est loin de la démarche consciente en "pleine lucidité" du paranoïaque classique, mais surtout dans son histoire on relève une soumission passive, illustrée par ses études menées à bien, et son service militaire sans histoires.

On retiendra donc plus volontiers le diagnostic de délire maniaque à évolution cyclique, bien qu'il ait été difficile de relever dans son histoire des périodes d'excitation et de dépression; nous pûmes toutefois les retrouver dans l'évolution antérieure.

Les épisodes maniaques se caractérisaient par l'état d'excitation du malade, son euphorie, la note forcée sur toute chose et le débit extrêmement rapide de ses paroles lors des premiers entretiens. La mémoire d'évocation qui était à certains moments particulièrement exaltée, ainsi qu'une certaine labilité et un flou de la pensée qui évoquaient nettement la fuite des idées.

Mais il nous faut insister sur le fait qu'on ne trouvait pas de "divagation" et que son délire semblait chose sérieuse. S'ajoutait à cela une note hypocondriaque plus dépressive que mélancolique réelle. En conclusion, délire chez un maniaque avec alternance dépressive, mais ce diagnostic semble insatisfaisant.

Nous étudierons donc maintenant ce que peut nous apporter la donnée analytique.

Est à considérer tout d'abord la structuration de la personnalité, elle nous apparaît avec des points de fixation oraux manifestes, dépendance importante du malade dans la relation, la moindre défection thérapeute est vécue comme particulièrement angoissante, et cela d'une façon telle que la fantasmatisation ne se produit pas, mais qu'au contraire, tout est courcircuité par un plan d'intégration intéroceptif expliquant la note hypocondriaque. L'inhibition de la pensée créatrice est le symptôme majeur. Le malade ne fait que remémorer certains faits vidés de leur affect ou au contraire, décrit des sensations auxquelles ne sont plus rattachés de schèmes intellectuels : la sensation perçue étant décrite à l'état brut. Toutefois, le malade a pu éviter jusqu'à présent les situations trop anxiogènes par des aménagements suffisants, de telle façon qu'aucune manifestation somatique bruyante n'apparaisse (tuberculose, ulcus, ou autre).

Ces éléments peuvent être mis en évidence dans le vécu historique du malade. La mère n'a pratiquement pas joué de rôle, elle s'est désistée rapidement au profit de la grand'mère. L'attitude abandonique de la mère n'est pas verbalisée par notre malade, celui-ci ne peut aller plus loin que ses relations sado-masochiques avec sa grand'mère. Celle-ci malgré les grandes frayeurs qu'elle lui occasionnait par sa rigidité et son existence put être suffisamment rassurante pour permettre à notre malade de

continuer son évolution malgré ses fixations; celle-ci l'élève dans la haine de son père et des hommes en général, longtemps le traite comme une fille, puis le rejette et le couve au fur et à mesure qu'il grandit - on peut dire que sur un plan oedipien il ne put rivaliser avec son père - nous retrouvâmes ceci chaque fois qu'il y avait une tentative d'investissement vers des situations plus adultes; une culpabilité intense vis-à-vis de son père se soldant par des inhibitions aussi intenses et dans des zones spécifiques, en étaient la conséquence (ce qui nous rendait plus optimistes quant au succès possible de la thérapeutique analytique).

L'image paternelle n'est investie que dans sa forme et puissance physiques, la compétition n'existe pas, le malade peut faire ses études parce que le père n'en a pas fait (on est hors des zones significatives).

Mais lorsque vient la période d'utilisation de l'acquis, le père fallot se réveille, lui qui avait toujours rêvé de voir son fils travailler auprès de lui n'en veut plus; au bout de quelques mois des disputes éclatent, les belles-mères successives semblent avoir joué un rôle de rival plus que d'objet de séduction. La passivité et l'homosexualité latentes du sujet visaient plus à désirer le père comme objet érotique, de telle façon qu'il n'eut pas à rivaliser avec lui, car son image inconsistante n'aurait pu offrir d'éléments suffisamment forts pour affronter l'agressivité de son fils.

Au travers de son histoire on peut voir les différents éléments qui vont contribuer à la construction du délire ; en effet, dans celui-ci se sont toutes les images maternelles qui sont dangereuses, et l'image paternelle rassurante (le commissaire, l'inspecteur des fraudes, et le percepteur). Autrement dit, il accepte à l'avance la castration pour avoir l'image sécurisante du père avec lui, remplaçant l'image maternelle défectueuse.

Dans la relation transférentielle on trouvait la même homosexualité passive refoulée. Cette passivité avec laquelle il s'offrait à moi pour que nous le castrions, en faisant surenchère sur la méthode par ses lectures, pensant que nous pourrions le laisser sortir seulement à cause de son impuissance générale : impuissant à nuire à autrui comme à lui-même, c'est-à-dire solidement cadenassé.

C'est parce qu'il eut des défenses solides apparentées à un Surmoi cruel, et qu'il nous introjecta de plano sur ce système, qu'il put bien que très faiblement assumer sa sortie.

L'explosion eut lieu seulement lorsqu'on lui donna l'impression qu'il n'était pas aussi infantile qu'il voulait bien le dire. La porte de l'hôpital lui étant fermée, il fut obligé d'agir son oedipe en un acting-out; ce qu'il n'avait pas pu faire en face de l'image maternelle à revendication phallique que nous représentions pour lui.

Il en résulte que les imagos transformées sur notre

personne étaient mêlés et que seul le climat asilaire par sa discipline pouvait donner un substitut d'image paternelle. Mais en même temps qu'elle le castrait dans ses possibilités d'homme elle l'aidait à écraser son agressivité. Ici deux facteurs interfèrent : les neuroleptiques et le personnel infirmier - l'une joue le rôle de réassurance morale mais en même temps le ligote de l'intérieur, c'est ce qu'il exprimera en me disant qu'il n'a plus besoin de camisole de force, et lui en fait désirer une lorsqu'il est dehors, avec un traitement mineur.

Le personnel infirmier étant investi parfois d'une puissance quasi maternelle par les distributions de médicaments et d'aliments, les contacts par ailleurs étant extrêmement réduits. Le surveillant par son caractère "adjudantesque" pouvait assumer en une certaine mesure le rôle d'un substitut d'un imago paternel.

Pour évoquer la structure du malade nous avons vu ses points de fixation, ses modes de comportement dans certaines situations significatives, mais nous voulons maintenant insister sur le processus d'isolation et de neutralisation de l'affect; pour l'illustrer nous rappellerons que le malade fuyait ses idées anxiogènes par une logorhée ou par une manipulation de la pensée pouvant faire évoquer certes des défenses de type obsessionnel mais nous verrons qu'en fait la structure était phobique.

Nous avons affaire à un phobique du travail physique - phobique aussi dans son non-engagement dans le rôle de patron, phobique également sa relation avec sa femme, ses craintes de

maladies vénériennes, qui couvrent sa peur du coït.

D'autre part, les interprètations le trouvaient beaucoup trop prêt à les accepter; elles ne passaient pas par-dessus sa tête comme dans le cas de l'obsédé grave. Il montrait au contraire une extrême bonne volonté à les manier. On assistait par ailleurs à une oscillation suivant la dose d'anxiété que le malade pouvait supporter, entre les défenses de type obsessionnel et de type phobique.

L'isolation obsessionnelle, sans attitude conpulsionnelle, à dire vrai était maximum au début, et aurait pu en imposer; mais le doute, la méticulosité, la rationnalisation de la pensée semblaient extrêmement faibles hors du délire.

Nous retrouvons d'autres éléments obsessionnels tels que l'armure physique, la rigidité du malade, avec des échappées dans des battements de paupières, les yeux prenant une expression d'enfant en plein désarroi devant un adulte, enfin la peur de faire du mal à son entourage; cette peur à un caractère spécifique, elle a pour objet son oncle, sa secrétaire, sa femme, qui chacun ont une valeur symbolique très proche du conflit.

Enfin dans le vécu du malade nous trouvons une attitude d'évitement typiquement phobique, l'agressivité à l'égard du père se manifestant d'une façon déviée dans sa réussite, il la lui fallait fuir ou sinon délirer ; son affaire subissant un certain recul, utilisée d'ailleurs par le malade pour ne plus être le patron, alors que l'oncle avec lequel il collaborait et

qui avait joué un rôle protecteur se trouvait dévalorisé dans la situation transférentielle puisqu'il était son subalterne; il fallait donc au malade une autre tutelle, d'où le désir de tout liquider et de travailler chez les autres.

De la même façon lors de sa première sortie apprenant que sa femme hospitalisée pourrait quitter l'hôpital pour lui, alors que ses défenses avaient été sérieusement entamées par nos premières interventions, ne lui laissait plus la possibilité que de vivre son angoisse que dans de brutaux acting-out dont il avait très peur.

Sur le plan sexuel, ses appétits suivaient exactement ceux de ses activités professionnelles. Il nous faut d'ailleurs rappeler que le malade présentait dans ce domaine des inhibitions qui auraient pu également en imposer pour une névrose obsessionnelle. En effet, le malade clivait ses sentiments tendres et sexuels par l'utilisation de deux personnages, le premier, l'épouse légale, qu'il aimait, chérissait, traitait en camarade, mais qui lui faisait "ni chaud, ni froid", qui le satisfaisait sur le plan du Moi par un niveau intellectuel et social identique au sien, ainsi que des aspirations et des goûts communs.

Tandis que le deuxième personnage qui fut joué successivement par deux femmes, la première sans aucun intérêt, comme il nous le dira, mais qui physiquement lui procura le plus de foudre et le vertige : la deuxième, personnage phallique intense qui le violait pour ainsi dire physiquement et comme il nous le confirma plus tard, ne lui laissait pas la responsabilité de

l'acte sexuel.

Nous opterons donc pour une structure phobique, mais comment expliquer ces phases d'excitation et de dépression qui en fait n'étaient nullement régulières et qui par leur caractère ne nous feraient pas penser à une variation physio-pathologique de la thymie.

Mais bien dans la phase dépressive a un sentiment d'infériorité, a de l'anxiété, de la culpabilité que nous retrouvons dans la relation analytique en rapport avec cette faim d'amour qui par ses fixations orales relativement importantes, reste tyrannique dans ses relations, cessant d'exister, souffrant physiquement de son angoisse comme il nous le montrait lors de changements insignifiants dans le rituel de la cure; lorsqu'en réaction à ce mouvement positif vers nous dans le désert et l'isolation hospitalière telles qu'il les ressentait, il prit la fuite en se déclarant incurable en nous alignant toute une série d'arguments paralogiques visant à créer à l'avance une situation abandonique, celle-ci étant revécue dans la situation actuelle; on assiste après interprètation à l'intégration de certains éléments conflictuels, à un brusque rapproché, une phase d'excitation hypomaniaque, où on pouvait sentir uneinflation débutante du Moi, toute sa personne est valorisée dans une perspective quasi délirante, avec une culpabilité secondaire entraînant une phase dépressive, il se confie alors aux autorités, celles-ci l'acceptant le maternage recommence.

L'euphorie la plus importante s'est manifestée, mais le rapprochement n'a pas tardé à être ressenti comme dangereux, la situation se renouvelle dans le vécu transférentiel, l'abandon est prévu comme le fait remarquer Mallet on assiste à une curieuse analogie au cycle de la faim qui se répète, et qui assouvie, le nourrisson étant abandonné dans un certain contexte, traumatisant, laissera sa trace mnésique culpabilisante ou simplement angoissante, dans l'assouvissement de cette faim.

Nous avons donc par cette approche psychoanalytique et psychothérapique, une image plus complète et plus encourageante, connaissant les possibilités d'évolution d'une structure phobique, même évoluant sur un aspect cyclothymique -qu'une schizophrénie évoluant depuis longtemps et de plus fâcheuse augure .

Nous étudierons maintenant les aspects techniques du problème : lors de nos venues successives dans ces deux services, nous en effectuâmes le tour en nous entretenant avec chaque malade; nous découvrîmes ainsi nos deux cas d'une façon où le hasard ne fut qu'apparent. Donc l'un d'eux, par son mode de contact, son histoire, son "Moi", nous attira suffisamment pour tenter avec lui une expérience. Nous pensâmes à une analyse presque orthodoxe pour le deuxième et en milieu hospitalier, sans divan, en face à face, expérience pouvant être remplie de difficultés avec certains malades. Le deuxième nous semblait devoir prendre suffisamment de distance (il marchait sans cesse !) pour que nous puissions "souffler", d'autre part, dès les premiers

entretiens, il parlait beaucoup; la première partie de notre travail en fut donc grandement facilitée d'autant qu'il n'y avait pas de manifestation anti-carcérale. Sa passivité, son désir psychotique de protection et de castration n'y laissait pas de place.

Par contre, les défenses s'organisaient sur un plan purement symptomatique, ce qui fut le revers de la médaille. L'inaffectivité mise en avant sans cesse "j'ai perdu la faculté de m'émouvoir", nous pouvions rester silencieux notre visage n'exprimant que l'attente, l'attention "flottante" devant une logorhée du style "mitrailleuse" (l'agressivité du malade étant uniquement dans le symptôme était inutilisable).

Ce ne fut que très progressivement en passant par une phase de présence simple, et en soulignant certains faits, puis en les recoupant avec d'autres, mais sans analyse du transfert, que nous pûmes,si ce n'est tarir ce système de défense stéréotypé, du moins l'endiguer, et peu à peu établir une relation authentique. Certains moments critiques très différents de ceux que l'on peut retrouver en analyse classique peuvent être soulignés.

1°) L'utilisation des neuroleptiques fut tout d'abord ressentie comme agressive (mauvais objets); du fait de la "bonne" relation ultérieure deviennent rapidement bons objets à incorporer. Nous prîmes le parti de jouer avec cette façon de sentir du malade en lui proposant de participer d'une façon active à l'institution de son traitement, "quelle dose il se donnerait, etc..." - le

malade accepte, puis, prenant conscience de sa valorisation et du pas franchi vers l'indépendance refuse "ce n'est pas moi le médecin". L'analyse de l'attitude est facile et le malade devant cette gratification narcissique, ne demande qu'à l'accepter, un pas est encore franchi vers la structuration.

2°) Au bout de 3 semaines, nous déclarons au malade devant son agressivité exprimée par sa passivité, qu'il est libre de ne pas venir aux séances, mais que nous le ferons appeler chaque fois.

Nous soulignons ici comme l'a fait Scheweich la nécessité de rappeler le lien avec le thérapeute, point n'est besoin à notre avis de mur, pour qu'il soit directement en contact avec celui-ci, le rôle de cet appel suffit largement ou même mieux à notre avis.

3°) A la suite de cette intervention nous avons pu nous attaquer directement à cette logorhée mitrailleuse, c'est-à-dire au symptôme, nous l'avons fait uniquement parce qu'elle gênait considérablement l'apport du matériel, ce fut par une seule interprètation "vous vous masturbez devant nous". Le coup avait porté juste, il fut littéralement sidéré et resta un bon quart d'heure silencieux pour reprendre sur un tout autre registre, quasi oedipien; mais cela comporta toutefois deux risques :

(1°) d'organiser des défenses sur un mode obsessionnel;

(2°) d'une explosion psychotique.

Mais la relation était suffisamment engagée pour pouvoir

nous le permettre. Cependant, nous n'avons pas voulu dire au malade qu'il nous attaquait par ses paroles, son agressivité aurait risqué d'être bloquée, le symptôme ne pouvant être senti directement comme une manifestation agressive tandis que l'auto-érotisme lui en a été évident.

4°) Nous évitâmes de décider notre malade à une activité quelconque (ergothérapie) car il voulait avant tout quitter ses occupations professionnelles et nous pensâmes, qu'il nous identifiait à son entourage qui avait déjà suffisamment fait pression sur lui ces derniers temps, pour qu'il ne néglige pas ses affaires.

En fait le malade se sentant une certaine énergie disponible, nous demanda spontanément de lui permettre de se rendre à un travail en plein air avec d'autres malades.

Il désirait s'occuper et en même temps acceptait la présence des autres.

5°) Un autre élément put également être utilisé d'une façon profitable : son insomnie, en effet, à partir du moment où l'on peut faire dormir, et la pharmacopée hypnogène est largement pourvue, on assiste à deux types de réaction : (1°) soit à une lutte désespérée contre le sommeil vécu comme dangereux par l'abandon de la vigilance qu'il nécessite; et là, l'analyse des résistances à chaud est particulièrement profitable. (2°) soit de la gratitude pour la satisfaction ressentie par le Moi à travers le Ça; mais avec le risque d'y trouver déjà des bénéfices secondaires très importants qui doit entraîner une surveillance

particulièrement active de la situation, plus confortable certes, mais le malade devant pouvoir dormir seul.

En n'oubliant pas que l'agressivité du sujet ou son insatisfaction est le moteur de l'analyse.

6°) Le problème important du contact avec la famille, est difficile à résoudre.

Nous pouvons dire que nous avons eu beaucoup d'incidents qui n'ont point eu de répercussions graves en apparence (en fait, il est probable que notre image lors de la première sortie s'est mal clivée de l'entourage, ce qui a dû gêner l'analyse de ses conduites passives dans ses activités professionnelles).

Nous avons toutefois eu l'impression que tout ce qui se passait hors des séances ne l'intéressait pas. Nous avons eu la visite de l'oncle et de la tante, le malade ayant désiré cette rencontre pour régler certaines modalités de sa sortie.

Nous avons pu apprendre quelques éléments qui ne faisaient que compléter sur le plan historique l'idée que nous nous faisions du malade.

Bien que nous commîmes l'erreur de les recevoir, lui le sachant, en son absence, il ne nous en parla même pas (la pauvreté de la fantasmatisation à l'égard de cette situation est un argument de plus d'ailleurs contre une structure paranoïaque).

Nous pensons donc que le contact avec la famille est à éviter sauf en présence du malade et sur la demande de celui-ci.

7°) Dans toutes ces situations qui engagent le médecin, nous

dire que nous avons accumulé les difficultés, sans oublier que nous rencontrions le malade en dehors des séances, et qu'il nous voyait fréquemment nous occuper d'autres malades. Il n'y eut pas naturellement de réactions apparentes de jalousie; son désir de possession ne se manifestant qu'aux séances et à l'égard de cet espace et de ce temps qu'il conquérait, ce qui est un autre argument pour nous faire éliminer un mode de relation schizophrénique.

Nous avons été nous nous sommes souvent mis en question quant à l'image que nous pouvions offrir à notre malade dans toutes les obligations et servitudes du service; nous avions d'ailleurs l'impression qu'une certaine connivence nous unissait; car ce malade si courtois et si correct sans aucune obséquiosité, ne faisait que nous adresser de loin un salut amical pour ne pas nous déranger dans nos diverses occupations - ceci nous fut confirmé par la façon dont les infirmiers nous donnèrent leurs impressions quant aux relations qui pouvaient nous unir à ce malade, lesquelles il faut bien le dire, étaient assez uniques, il était le seul malade que nous ayons vu aussi régulièrement dans le Service -

8°) Quant au problème de sa sortie, il fut relativement simple - ce fut lui qui en règla les modalités par son désir de continuer la cure à l'extérieur - son attitude nous apparaissait non comme une fuite, mais comme au contraire une authentique tentative d'utiliser ses nouvelles forces.

9°) La sortie envisagée, nous désirâmes faire le bilan et nous demandâmes à l'assistante de le recevoir. Nous désirions en effet respecter le même processus que pour les autres malades. Son Moi fut mis à rude épreuve devant la perspective concrète que représentait cette entrevue.

Il nous faut alors faire une parenthèse car nous aborderons cette partie d'une façon plus approfondie à l'occasion de l'analyse du cadre dans lequel s'est déroulée cette psychothérapie; mais avant cela il est nécessaire de souligner ici notre contre-transfert, c'est-à-dire notre identification au malade dans son désir de sortir; l'expérience qu'il représentait pour nous par rapport à tout le cadre hospitalier. L'assistante participant à notre expérience d'une façon très positive, ne voulut pas entendre les raisons qu'avançait le malade : "sa sortie était une folie".

Nous avions essayé par cette dernière entrevue de mettre notre responsabilité à couvert vis-à-vis du malade quant à sa sortie, dans le style "vous voyez, ce n'est pas nous qui vous faisons sortir, mais tout le monde est d'accord, cela va bien, il n'y a plus aucune raison pour que vous restiez".

Les infirmiers participaient au mouvement, tout le monde s'identifiant au psychothérapeute et y allant de sa psychothérapie !

Mais le malade ne fut point dupe, cette situation d'ailleurs se trouva renouvelée ultérieurement, lorsque 25 jours

après sa sortie il revenait pour se faire interner. Certes de cette façon nous nous étions ménagé une garantie narcissique qui devait pouvoir être utilisée d'une façon très dynamique, mais il y avait un danger, cette sortie un peu prématurée risquait de le trouver démuni contre ses pulsions agressives mal intégrées; c'est ce qui se produisit lors des deux incidents : avec le surveillant général d'une part et avec sa secrétaire d'autre part. Lors de cette ultime tentative pour le malade de retrouver son refuge, il put voir le médecin-chef, qu'il essaya de persuader de le laisser revenir, formulant un chantage qui se solda par un échec de sa part. Cet échec dans son désir de se faire interner peut s'expliquer en partie tout au moins, à la lueur de notre propre contre-transfert comme étant sou - tenu d'une façon irrationnelle par le médecin-chef quant à notre attitude psychothérapique, nous avions bien essayé de rester là aussi le plus neutre possible, ce qui était évidemment une gageur, le médecin-chef sachant que nous l'avions sorti en accord avec l'assistante et que nous le connaissions plus que lui; enfin, que nous faisions confiance au Moi du malade pour qu'il ne se produise pas de catastrophe, ceci venant de surcroît s'ajouter à un réel désir d'ouverture, pouvait faire penser que les nécessités d'internement actuel n'avaient pas été pesées avec le maximum d'"objectivité; en fait, cette objectivité n'est ni souhaitable, ni quantifiable à souhait dans une pareille situation et la suite nous le prouva car si, lors de son deuxième

internement, le malade, pour celui-ci, eut recours à la violence, celle-ci se manifesta à minima dans un théâtralisme où il voulait surtout à son tour exprimer le désir de faire aussi peur qu'il avait eu peur d'un personnage significatif (sa secrétaire principale, dévouée, homasse, et tyrannique).

Lors du deuxième internement notre technique analytique put être beaucoup plus classique. Le malade au bout d'une semaine cristalisa toute son attention sur le fait que malade "physiquement par son angoisse, il s'était vu soulagé de façon quasi magique au cours d'une séance. Sa confiance s'épanouit, il devenait ce que nous pourrions appeler d'une façon peu scientifique un "mordu de l'analyse". Une remarque mérite d'être citée, elle donne une certaine couleur à cet essai "c'est votre acharnement, Docteur, à me guérir qui me donna confiance en même temps qu'elle m'a rendu perplexe sur toutes ces idées que je me faisais".

Ceci seulement pour montrer la valeur d'un point fixe dans la relation, point fixe qui sert par son immuabilité dans un plan temporo-spacial de repère à toute chose et à toute pensée. Ce qui n'est point sans analogie avec l'attitude compulsionnelle qui soulage l'obsédé. Il ne restait plus qu'à attendre tranquillement la conversion de placement et de faire la sortie sans qu'aucun incident notable ne se fut produit, avec la reprise à l'extérieur de la cure qui se déroula de la façon la plus orthodoxe.

DISCUSSION DE LA TECHNIQUE EMPLOYEE :

Il nous faut discuter la part de l'analyse et de la psychothérapie dans notre technique.

Le transfert fut largement manipulé et utilisé dès que le vécu historique fit son apparition dans la relation.

L'analyse des résistances fut assez tardive puisque nous n'avons vu le malade se réfugier derrière le symptôme majeur ; mais elle put aussi se faire dès que le malade se fût senti accepté.

Quelle fut donc notre attitude jusqu'à ce que l'analyse du transfert et des résistances fut possible.

Fut-elle gratifiante ? Avons-nous respecté la règle de la frustration maximale et de l'abstinence ?

Nous répondrons à la première question : oui, nous le pensons dans la mesure où se trouve gratifiante la possibilité à un malade isolé de posséder un objet, un puits dans lequel il peut parler comme le Roi Midas.

Dans la mesure où renouvelant les situations archaïques de rejet il ne fut pas rejeté - donc situation frustrante quant aux bénéfices secondaires.

L'abstinence fut respectée dans le mesure où nous ne pratiquâmes, nulle invigoration, nous contentant du banal, pourquoi pas, lorsque nous sentions qu'une permission nous était demandée, ce qui peut être éventuellement une source de projection.

Il est évident que nous fûmes engagés comme nous l'avons

montré en exerçant notre métier sur d'autres malades en sa présence et aussi par la prescription des médicaments. En essayant toutefois de sauvegarder le plus possible notre neutralité, pour autant que ce mot puisse avoir une signification dans cette affaire.

Enfin, n'oublions pas que l'attitude de l'automate pour l'analyse dans les moments où le patient le voit pour ne parler que des analyses se déroulant sur un divan - n'est ni recommandée ni recommandable -, le patient n'est pas dupe de cette rigidité qui n'est pas celle d'un homme, il ne peut alors avoir que des réactions d'un type très particulier, et ceci peut très bien enfermer, patient et analyste, dans un système clos où sadisme et masochisme s'affrontent dans une analyse interminable. Notre but n'est pas de nous écarter par ces réflexions de l'orthodoxie analytique, mais bien de montrer que pour la respecter d'une façon trop rigide, on risque à priori de se priver d'une thérapeutique intéressante en milieu hospitalier.

PSYCHOTHERAPIE ET CHIMIOTHERAPIE -

Dans la relation psychothérapeute-patient, nous avons utilisé au début de précieux adjuvants : les neuroleptiques, la façon dont nous les avons utilisés pourrait faire penser qu'ils sont à considérer seulement sous l'angle d'objets signifiants, c'est à dire de placébo ; en fait, il est indiscutable que nous fûmes puissamment aidés en pouvant élever de ce fait le seuil de la sensibilité du malade lors de son premier internement. Nous pouvons considérer que ce

médicament était absolument indispensable tant que la relation n'était pas créée. En effet, les séances sont courtes : trois quarts d'heure, tous les jours ou tous les deux jours - le thérapeute n'est pas là pour servir de médiateur constant entre le sujet et l'univers ressenti comme menaçant, tant par sa réalité qui est loin d'être toujours réconfortante que par les projections agressives qui y sont faites et angoissantes pour le malade.

Il faut donc amenuiser la perception des choses, mais il faut d'autre part que la relation soit suffisamment tendue, qu'il se passe quelque chose, c'est-à-dire que transfert et contre-transfert s'affrontent aux fins de l'analyse. Il faut que l'anxiété du malade soit mobilisée puis intégrée, mais d'une façon supportable dans le cadre de l'hôpital, c'est-à-dire par les thérapeutes et le personnel infirmier, en plus du malade, cela va sans dire.

On peut en effet facilement tomber d'un excès dans l'autre si l'on tranquillise trop par la chimiothérapie, le thérapeute peut aussi calmer son contre-transfert et si l'on ne donne rien le service peut être transformé en volcan.

Nous rappellerons à ce propos que nous avons constaté comme bien d'autres avant nous des effets paradoxaux dans les effets de la chimiothérapie surtout avec le deuxième malade; celui-ci en effet présenta toute une pathologie du sommeil, au début de nos relations alors qu'il était encore avec de bonnes doses de neuroleptiques et de barbituriques, il ne pouvait pas

dormir et ne faisait que "virer" dans son lit, qu'il trouvait particulièrement inconfortable - il apporta un lapsus significatif : "Docteur, voulez-vous me diminuer mes médicaments pour que je puisse dormir", comme nous lui en faisions la remarque, il nous regarda profondément étonné. Nous ne pûmes obtenir de sommeil qu'à partir du moment où nous étions, nous thérapeutes, devenus mangeables. Il nous aurait fallu avoir recours à une véritable anesthésie pour pouvoir le faire dormir; certes, nous aurions pu prescrire une cure de sommeil, mais la relation ne se serait pas nouée pour autant, et l'agressivité dans la vigilance inconsciente du malade n'aurait pu être intégrée, enfin l'anesthésie aurait été ressentie comme particulièrement agressive (nous connaissons tous des malades encore vigiles avec 1,5 g. de chloropromazine, plus 0,5 g. de barbiturique).

Pour terminer avec ce très bref aperçu sur ce paramètre introduit dans la psychothérapie, nous dirons que ce vecteur passera par les mains du personnel infirmier, ceci étant des plus importants, car si la relation s'est nouée d'une façon directe entre le thérapeute et son malade dans l'atmosphère isolée et forcément un peu artificielle de la cure analytique, une partie du pouvoir du thérapeute est en quelque sorte conférée d'une façon magique au personnel infirmier qui sera bien sûr quelquefois tenté de jouer à l'"apprenti sorcier".

Mais de toute façon si les relations entre médecin-thérapeute et personnel infirmier sont bonnes, c'est-à-dire si le jeu

des identifications se fait avec une certaine liberté elles induiront le médicament de façon convenable.

Les expériences sur les placébos ne sont plus à refaire.

Ici nous rappellerons l'expérience de Follin qui a fait remplacer dans des flacons préparés exprès par le laboratoire producteur, (pour éviter l'éventement de l'expérience) de la chlorpromazine par une substance ayant un goût analogue mais sans pouvoir thérapeutique. Le quartier des "Chroniques" où fut tentée l'expérience ne subit aucune modification quant à ses tensions internes; les mêmes malades traités par chlorpromazine reçurent des doses égales quantitativement de placébo. Ceci montre bien l'induction du geste thérapeutique dans lequel on a toute confiance car il y eut une expérience de base montrant la valeur du médicament au préalable, et se situant hors de la relation (médecin-infirmiers) qui aurait pu réactiver des craintes infantiles d'impuissance devant la suggestion magistrale, et de ce fait, potentialiser les désirs de castration du personnel infirmier à l'égard du psychothérapeute (le personnel infirmier ayant tout ignoré de l'expérience).

SITUATION DU THERAPEUTE DANS LE SERVICE

Le problème de la situation d'un psychothérapeute dans un service de psychiatrie est délicat. En effet, si dans nombre de services hospitaliers chirurgicaux ou médicaux (consultations spécialisées de gastro-entérologie par exemple) enfin les médecins travaillant sur des "organes" admettent la présence d'un

psychothérapeute et surtout, s'il est psychosomaticien, il n'en est pas de même, et ceci paradoxalement, dans les milieux de psychiatrie hospitaliers classiques, plus réticents à accepter d'une façon officieuse ou officielle les bons offices des psychothérapeutes. Il existe bien quelques adeptes, mais leurs efforts sont isolés et ils sont statistiquement encore de peu de poids.

Il ne s'agit pas ici de faire une polémique aux uns et de dresser des couronnes aux autres, mais d'essayer de comprendre les difficultés à admettre cette thérapeutique tant sur un plan psychologique et personnel et doctrinal que sur un plan pratique d'organisation dans les services hospitaliers, pour les uns; pour les autres, de voir ce que signifie cet accueil enthousiaste qui sous-tend souvent l'attente d'un miracle de la bonne explication, et qui pouvant être déçus, peuvent très bien lutter consciemment contre cette tendance et de ce fait avoir une attitude ambivalente à l'égard de la psychothérapie.

Il est un fait qu'en dehors de la connaissance personnelle que nous avons du problème, les attitudes des médecins-chefs sont très variables pour ou contre la psychothérapie - pour ou contre la psychothérapie surtout dans leur service.

Nous n'exposerons sur ce problème que ce qui a pu être relevé comme difficultés au cours de notre essai dans les deux services très différents quant à leur fonctionnement et surtout quant à l'esprit qui animait les médecins-chefs.

Précisons d'abord la situation du psychothérapeute dans la hiérarchie des valeurs médicales parisiennes: interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine, ayant terminé son analyse didactique et possédant une certaine expérience de l'analyse et des psychothérapies en milieu tant hospitalier que libre.

Nos deux cas furent choisis dans des services où les médecins-chefs se correspondaient à peu près quant à leur valeur dynamique et culturelle, mais leur structure affective et psychologique très différente, amenait une variable intéressante à étudier. Par ailleurs, le niveau matériel des services dans les pavillons auxquels appartenaient les malades était sensiblement égal. Ceci exposé pour montrer que seules des conceptions et une façon de sentir personnelle différente étaient en jeu et non pas des difficultés inhérentes à la situation du service au sein même de l'hôpital.

Le problème qui se pose à nous est donc : quelles sont les motivations conscientes et inconscientes du médecin-chef vis-à-vis du psychothérapeute.

Dans le premier cas, nous avions eu un accueil chaleureux, lorsqu'après nous avoir demandé, quelle était notre formation, nos goûts, nous eûmes montré le désir de collaborer étroitement avec le médecin-chef et de pratiquer dans un service que nous savions non surpeuplé, la psychothérapie d'inspiration analytique. D'autre part, nous avions appris que ce médecin-chef avait, disait-il, toujours désiré un interne de formation psychanalytique.

En fait, la psychiatrie pratiquée dans ce service était des plus classiques visites du médecin-chef accompagné de ses internes tous les matins, la revue de tous les malades était systématique.

Nous entreprîmes nos psychothérapies dans un pavillon où nous avions un bureau prêté grâce à l'amabilité de la surveillante. Nous nous aperçûmes rapidement que nous bouleversions les habitudes prises à l'égard de certains chroniques et les modifications nécessaires aux traitements chimiques ne purent être apportées. Le personnel non préparé à la valeur de la psychothérapie montrait des réactions extrêmement ambivalentes. Les discussions nécessaires avec l'entourage hospitalier après certains moments particulièrement dynamiques avec notre malade n'avaient pas lieu, des "on verra cela" étaient les seules réponses du médecin-chef. Pourquoi ce revirement, alors que par ailleurs les relations avec ce dernier étaient bonnes ?

Nous prîmes rapidement conscience que si nous restions l'interne, strictement engagé par le contrat qui le lie à la Préfecture, de ne pratiquer que de la médecine somatique, notre compétence alors n'était pas mise en doute, notre médecin-chef était psychiatre, nous internistes, il n'y avait pratiquement aucune remarque sur notre travail ni de contact d'ailleurs, tant que nous restions sur le plan psychiatrique un bon élève; les relations étaient bonnes bien que superficielles; mais dès que nous proposions "quelque chose" venant de notre propre expérience et

pour laquelle dans un certain domaine limité notre médecin-chef n'avait pas les éléments suffisants pour en juger objectivement, une barrière s'établissait.

On peut dire que ce retrait était la conséquence d'une non-identification du médecin-chef à son interne, pourquoi ? Il est probable qu'indiquant à notre médecin-chef quelque chose dont il était ignorant nous lui imposions une blessure narcissique, insupportable, s'étant probablement peu ou mal identifié lui-même à son imago paternel. Il ne pouvait alors la dépasser par l'interdit oedipien, et ayant été châtré, châtrait à son tour.

Le contact étant rompu il ne pouvait accepter la satisfaction de se reconnaître dans les aspirations dynamiques de son interne.

Le problème n'était d'ailleurs nullement unilatéral. Nous-mêmes sensibilisés à ce rôle dépendant, qui nous semblait hors de réalité.

Il y avait certainement des désirs de puissance narcissique inconscients qui ne pouvaient être analysés qu'après coup, et qui malgré certaines précautions prises n'en devaient pas moins se manifester.

Nous étions donc impuissants à détendre l'atmosphère. On aurait pu évidemment dire que de part et d'autre, une question d'amour-propre était en jeu, mais poser les étiquettes ne sert de rien. Il est plus satisfaisant de se reporter à une situation

vécue, bien que dans ce cas présent il ne peut être qu'extrapolé - mais ceci d'une façon permise à la lumière de certaines relations de la vie quotidienne de notre médecin-chef avec la surveillante générale par exemple, qui était du type sado-masochique, et d'autres personnes qui pouvaient avoir un rôle significatif.

Dans le deuxième cas, la situation était tout autre. Le médecin-chef ne s'occupant apparemment que de la situation matérielle et administrative du service, s'intéressant à quelques malades en particulier, mais ne les voyant pas tous, il se déchargeait d'une partie de son travail et de ses responsabilités sur son assistant et ses internes. Nous savions qu'ici au contraire du précédent, ce médecin-chef aimait s'identifier à ses internes au point d'en faire volontiers des camarades de travail (gardant peut-être la nostalgie du temps où lui-même était interne ?).

Nous pouvions constater qu'ici l'identification massive et gratifiante se faisant dans le sens médecin-chef-interne ne gênait pas le retour inverse interne-médecin-chef. Les questions "d'amour-propre" ici ne se manifestaient à l'arrière-plan que dans la recherche de la satisfaction au mieux des exigences du service.

Mais derrière ce tableau idyllique d'apparence, pouvaient se cacher bien des bénéfices secondaires qui n'ont rien à voir avec une attitude oedipienne parfaitement adaptée : à savoir que l'un aurait pu fuir à certains moments son rôle d'instructeur,

c'est-à-dire l'identification à un rôle paternel et la répugnance à faire jouer de la part de l'autre ce rôle d'instructeur, de façon à garder les coudées franches.

Ceci ayant toutefois le bénéfice de donner à chacun le sens de ses responsabilités. Il n'en demeure pas moins qu'en dehors du pronostic propre à ces deux malades, les choses se passèrent beaucoup mieux dans le deuxième cas.

Nous soulignons toutefois que l'identification positive du médecin-chef à son interne a pu être gênante au moment où le malade était venu tout exprès à l'hôpital pour se faire interner; le médecin-chef aurait pu ainsi entrer dans notre jeu qui était au fond de garder le malade le plus possible à l'extérieur pour des raisons faciles à deviner. De ce fait le malade n'aurait peut-être pas eu l'appui autoritaire suffisant tant dans l'immédiat que sur le plan objectif de son évolution et de sa situation par rapport à la Société.

Nous avions pourtant essayé dans un entretien préalable de nous désister de toute intervention tant auprès du malade qu'auprès de notre médecin-chef, ceci toutefois n'était que des paroles et on sait la puissance du langage infra-verbal dans de telles circonstances.

Voici donc en résumé ce que furent les relations du thérapeute avec les médecins-chefs. Elles furent d'une part handicapées par une dépendance trop stricte et d'autre part, très ou peut-être trop ? facilitées par une sur-indépendance.

Nous sommes loin ici de ce fait, de l'indépendance absolue du psychothérapeute, et vis-à-vis des autorités médicales, et des autorités civiles et familiales, préconisées par Husquinet.

INTER-RELATIONS DU THERAPEUTE AVEC LE PERSONNEL INFIRMIER :

Nous allons essayer d'étudier maintenant les courants qui se dessinaient entre le personnel infirmier, le thérapeute et le médecin-chef.

Dans le premier cas, l'attitude de fuite réciproque après que nous eussions essayé de palier à la disharmonie en formulant de temps à autre notre désir de coopération n'était pas sans retentir sur le comportement du personnel infirmier - qui était de surcroît féminin - ce fait renforçant dans certains cas une passivité exagérée et dans d'autres au contraire des revendications phalliques à peine contrées. Certaines sentant cette dissention se réfugiaient par moment derrière l'autorité du médecin-chef pour sanctionner des acting-out particulièrement mal supportés, vu la rivalité sexuelle qui pouvait sous-tendre les relations médecin-patient médecin-infirmière.

Il est hors de doute que ce "c'est curieux, Docteur, toutes ces dames tombent toujours amoureuses de leur interne, enfin de ceux qui s'occupent d'elles" se situait bien sur un plan de jalousie.

Il fallait bien donner des compensations à ces dames et discuter avec elles, ne serait-ce que pour expliciter la situation, après nous être enfermés pour nos psychothérapies pendant quelques heures avec nos malades; mais il est évident que nous n'avions le

temps de nous occuper à fond que d'une malade et cela donnait à notre relation, vue d'une façon "profane" une teinte particulière.

Enfin, la tension entre médecin-chef et psychothérapeute, amenait aussi des crises d'agressivité des infirmières vis-à-vis du premier trop contentes, supportant mal son isolationisme, frustrant, de pouvoir avoir une justification à leur agressivité en s'appuyant sur nous, malgré d'authentiques mouvements positifs de leur part, l'ambivalence des sentiments se manifestait aussi ici !

Analyser toutes ces attitudes aurait équivalu à faire un véritable psycho-drame impossible en réalité à réaliser tant pour des questions matérielles que psychologiques.

La situation était extrêmement pénible, le thérapeute étant parfois réduit à faire usage de séduction, malgré son autorité : pour obtenir un certain assouplissement du régime carcéral de la malade auprès de la surveillante. A certains instants particulièrement dynamiques, étant bien entendu qu'il est capital à certains moments où se cristallisent des noyaux du Moi d'offrir immédiatement une possibilité d'éprouver ces nouvelles forces. On fournit ainsi une satisfaction narcissique extrêmement bénéfique et structurante.

Lors de notre étude sur le deuxième cas, le psychothérapeute a essayé auprès des infirmiers de dégager leurs sentiments, à l'endroit de son travail : les réactions ici ont été plus

variées et mieux analysées. Un certain nombre de points ont pu être mis en évidence :

1°) le service était "satisfait" de voir un malade difficile, isolé, mieux s'intégrer. C'est-à-dire demander moins d'efforts d'adaptation de la part du personnel infirmier; de ce fait, nous avions droit à une gratitude qui n'était pas directement liée au bien-être du malade mais au contraire au leur.

2°) Comment le malade était-il accepté par les autres malades ? "c'est votre malade, il est au-dessus des autres" (sic). Nous avions l'impression que le médecin thérapeute était la bouée de sauvetage et que son ombre était une garantie hiérarchique à tout un système assez compliqué (il n'est pas besoin d'avoir une grande expérience du monde concentrationnaire pour comprendre cela). Il reste finalement des autres malades une impression pénible de ceux qui ne seront jamais touchés par la "providence" - ils ne peuvent même pas être jaloux, semble-t-il, sentiment trop éloigné qui nécessite de se laisser envahir par un besoin et de le reconnaître -

3°) Lorsque le thérapeute demandait aux infirmiers ce qu'ils ressentaient à l'égard de ce travail :"ce que vous faites est réellement différent de ce que nous pouvons faire avec les médicaments, c'est beaucoup mieux". Il ne s'agit pas ici de vérifier ou d'éprouver notre travail auprès des infirmiers, mais seulement de sonder les résonnances affectives.

4°) Des multiples entretiens avec les infirmiers se dégage la notion que pour eux ce genre de travail correspond à un niveau plus élevé de la médecine. Ils l'acceptent, mais en même temps leur "admiration" les fait prendre une certaine distance par rapport à la relation du médecin au patient, d'où un certain isolement de cette relation parmi les autres éléments du service. Comme il le disait d'une façon précise "c'était votre malade". Ils s'excluent et n'osent pas s'identifier aux psychothérapeutes, plus ils ressentent que ce travail est différent de ce qu'ils pensent pouvoir faire - à la façon d'un non-initié vis-à-vis des "incantations magiques d'un sorcier" -

Les relations du psychothérapeute et des moniteurs d'ergothérapie, ne posaient pas de problèmes particuliers. Là aussi le travail se complète, certaines situations peuvent être dénouées par le psychothérapeute et le moniteur peut être une source de dynamisation et d'intégration du vécu parfois intellectuel de la relation médecin-malade.

En début de cure, alors que notre malade était fatigué, "tassé" par ses médicaments, demandait à travailler dehors, même assez loin. Il y avait une certaine fuite devant les activités du pavillon - et d'autre part, son travail lui permettait de maintenir une distance assez grande avec les autres malades, distance matérielle et psychique; ce n'est que progressivement qu'il s'intégra dans les autres activités de l'ergo-thérapie qui demandaient un éventail de possibilités et d'adaptation plus grandes.

Enfin, ce travail en atelier se situait dans un cadre de conflits avec le père où la rivalité lui était interdite, et dont il se défendait par une homosexualité latente et passive, comme nous l'avons déjà vu.

INDICATIONS POUR LES DEUX CAS TRAITES

Nous ne discuterons pas les indications de la psychanalyse et des psychothérapies d'inspiration analytique d'une façon générale, puisque celles-ci sont déjà relativement codifiées bien que toujours à discuter. Mais nous insisterons sur la façon de les poser en milieu hospitalier. Nous envisagerons tout d'abord l'indication propre à ces deux cas et plus loin, dans un autre chapitre, nous discuterons des indications d'une façon plus générale.

Nous avons déjà vu combien pour le moment le choix du malade pouvait être fait d'une façon un peu irrationnelle. Le psychothérapeute pêche au hasard son malade dans un groupe. En fait, ce hasard n'est qu'apparent , mais son déterminisme nous échappe parfois : affinité pour tel ou tel type de troubles ou au contraire, la fuite devant certaines réactions contre-transférentielles que nous saurons trop gênantes; mais dans les conditions de travail actuel on ne peut au moment de ce choix être dépourvu d'un certain sentiment de "malaise existentiel", devant le fait de ce que l'on tire un malade de l'abandon et non tous. Il est évident que les psychothérapies de groupe ont ce gros

avantage qu'elles assurent une situation plus confortable pour l'animateur; mais nous pensons que ce malaise est à surmonter; puisque les psychothérapies de groupe semblent être mieux adaptées aux moyens asilaires, l'une des grandes raisons qui sous-tend leur emploi étant le rendement.

Il n'est pas question de discuter la valeur de la psychothérapie de groupe qu'il ne faut pas confondre avec le psychodrame qui réclame un personnel spécialisé encore plus nombreux, mais il faut souligner que la psychothérapie individuelle est irremplaçable dans un très grand nombre de cas :

1°) Dans la perspective hospitalière du premier malade l'indication se posait beaucoup plus, comme ayant véritablement un caractère d'urgence devant les réactions spectaculaires et l'intolérance relative du milieu, de plus le seul élément dynamique était négatif et résidait dans le désir de fuite violent, par rapport au milieu carcéral trop réactivateur de conflits. Toutefois, et nous en avons discuté à propos de la situation du psychothérapeute par rapport aux milieux asilaires, c'est là qu'il faut peser au maximum toutes les difficultés d'ambiance avant de s'engager dans une psychothérapie analytique qui risque d'aboutir à une impasse, si les possibilités de dynamisation des intégrations du Moi sont impossibles dans le climat du malade.

(Nous ne discuterons pas ici, comme nous l'avons énoncé au début, l'indication propre du cas, c'est-à-dire l'indication de la psychothérapie d'une schizophrène, ce n'est pas le but de notre étude, elle a été possible, elle a été relativement fructueuse

quoiqu'en pense d'aucun). Nous dirons en conclusion pour cette malade qu'elle était un cas limite à tous points de vue, mais qu'il était nécessaire de tenter quelque chose pour lui éviter de sombrer dans la chronicité la plus lourde alors qu'elle était jeune et avait encore de grosses possibilités intellectuelles.

Pour le deuxième malade, hormis certaines difficultés dues 1°) au cas particulier sur le plan psychopathologique, difficultés inhérentes à toutes relations analytiques,
2°) au cas se situant dans un cadre où évolue le thérapeute médecin mais ceci est particulier à l'expérience propre, le psychothérapeute étant interne du service,
3°) comme dans le cas précédent là aussi ont été pesées et avec plus de bonheur, les possibilités évolutives du malade, tant dans le service que dans ses possibilités extra-muros.

En effet, très rapidement a pu être dégagée une volonté de guérir, le Moi étant encore existant - une critique étonnée du comportement délirant étant espérable et elle le fut.

C'est cette volonté de guérir qui a été le pivot de la relation sur un mode analytique, car en effet, pour tout l'entourage la relation pouvait se situer sur un plan oedipien, devait donc être plus confortable. Le personnel accepte en effet une activité de maternage à l'égard d'un être foncièrement diminué, voir réduit à l'état d'une bouche inutile et passive comme dans une cure de sommeil, il supporte beaucoup moins une bouche agissante et mordante d'un adulte dont l'image en mouvement peut

faire peur. Tandis que la perspective de guérison permet de stimuler toutes les qualités altruistes de l'entourage (c'est l'espoir d'une gratification narcissique) et l'on peut demander plus, demandant moins longtemps. Il n'est pour illustrer cela que d'évoquer le climat des salles chirurgicales où l'on passe et celui des salles de chroniques médicaux où l'on reste.

Le malade ayant donc été interné pour la première fois avait lui aussi des qualités intellectuelles. De plus, son insertion sociale bien que sur le point d'être détruite du fait des situations catastrophiques dans lesquelles il s'était mis, rendait encore plus urgente une action rapide et efficace, son entourage espérait "tout de même" quelque chose de nous.

Nous discuterons d'une façon plus générale.

I°) INDICATION

Nous avons vu les indications de la psychothérapie qui pouvait être posée à propos de nos deux cas, mais ceux-ci étaient déjà internés, nous avons réalisé en quelque sorte une psychothérapie de sauvetage. Mais reste à savoir quel pourrait être l'intérêt d'interner des malades dans le but de pratiquer une psychothérapie en milieu fermé.

A l'occasion de l'étude du deuxième malade, nous aurions pu certes montrer qu'il aurait été possible, sentant la tension croissante lors de la première tentative de cure à l'extérieur, de lui demander de rentrer à l'hôpital et d'y continuer la cure, mais en prenant les devants pour son internement, nous serions sorti de notre neutralité, mais surtout le malade n'aurait pas lui-même tiré le bénéfice de cette expérience, pour traumatisante qu'elle fut, qui lui permit de trouver par lui-même ce qu'il cherchait dans cette hospitalisation.

Ici le malade n'était pas sans possibilité et il valait aussi, mieux qu'il comprenne qu'il s'excluait lui-même de la société.

Mais il est évident que dans certains cas où l'insertion sociale est nulle, les conditions matérielles inexistantes, il peut être nécessaire d'interner même si le comportement psychopathologique ne le nécessite pas entièrement.

Enfin, devant certains acting-out qui risquent de mettre le malade dans des situations qui peuvent compromettre son avenir, il peut être souhaitable de proposer la cure en milieu hospitalier.

Mais il ne faut pas oublier que cet internement peut toujours être vécu comme castrateur du fait de la privation de jouissances tant professionnelles que sexuelles.

Nous ajouterons toutefois que la cure doit pouvoir être continuée à l'extérieur si elle a été débutée à l'hôtipal. Car en effet il serait impensable sur le plan économique de poursuivre celle-ci durant deux ou trois ans, même plus, sans compter que les élèments dynamisants risquent de manquer.

Il pourrait d'ailleurs être souhaitable dans le cas où l'intenement est nécessaire d'interner les malades étant en analyse, dans des établissements spéciaux, du style post-cure psychiatrique classique, afin de pouvoir utiliser au plus vite, sur le plan social et sexuel les énergies débloquées.

C'est dire la nécessité de faire entreprendre la psychothérapie par le même thérapeute, tant en milieu fermé qu'en cure libre, la continuité d'action est nécessaire ici plus qu'ailleurs. On sait en effet les perturbations que peut apporter dans une cure à l'extérieur l'arrêt de celles-ci pour des causes extrinsèques de quelque ordre qu'elles fussent, ainsi que le changement de thérapeute par exemple.

POINTS D'ACTION RECIPROQUE DE LA PSYCHOTHERAPIE ET DE LA CHIMIOTHERAPIE.

I° - Nous avons vu que la chimiothérapie permettait un abord plus facile du malade; la vigilance de celui-ci est abaissée, on donne au Moi la possibilité d'une ouverture vers l'extérieur alors que toutes les perceptions internes sont amenuisées, en est témoin, par exemple, la disparition des hallucinations - des sensations cénesthésiques désagréables et d'une façon générale la diminution de l'hyperesthésie à l'existence. Mais nous avons vu que la structure était à remodeler et dans la mesure où des troubles fonctionnels, ou organiques, ne sont pas irréversibles, on peut s'attendre à un certain résultat de la pratique d'une psychothérapie.

Nous dirons même que celle-ci est indispensable pour créer d'autres possibilités et sortir le malade de ses comportements stéréotypés. Mais inversement, en donnant un choix plus grand de possibilités au malade par la psychothérapie, on peut non seulement faire ce qui a été dit plus haut et celà malgré un appareil neuro-psychique défectueux, mais isoler l'action pathogène d'un trouble à priori organique, nous ne prendrons pour exemple que : le malade de Bouvet, dans sa relation d'objets, qui bien que dépersonnalisé ne ressent plus cette dépersonnalisation comme atroce.

On assiste à un clivage des troubles, les uns étant

d'un abord psychologique de genèse psychogénétique, les autres séquelles ininfluençables par la psychothérapie qui peuvent être aussi bien psychogénétiques qu'organogénétiques pures, et pour lesquelles une chimiothérapie adaptée peut rendre de grands services. Inversement, nul doute que les organicistes puissent avoir de beaux succès dans des troubles, pourtant d'origine psychogénétique à l'aide de la chimiothérapie seule. Hormis l'action psychothérapique inconsciente du don thérapeutique, qui gratifie et sécurise le malade - l'action "spécifique" ? du neuroleptique utilisée peut en diminuant l'affect pathogène permettre une auto-analyse de la situation, surtout lorsque le Moi est solide, que la structuration originairement s'est effectuée d'une façon quasi normale, et que celui-ci ne soit influencé par le trouble que d'une façon récente, la désinsertion à la réalité n'ayant pas eu le temps d'être opérée; ou bien, que l'effet pathogène n'atteinge pas le Moi dans sa distribution entière à l'appareil psychique.

En corollaire, nous pourrions ajouter à ce court paragraphe que les symptômes sont à respecter chimiquement et psychothérapiquement en tant qu'occasions perçues par le Moi pour entreprendre une relation psychothérapique et tant que celle-ci n'est pas créée, il est nécessaire de les respecter dans la limite du possible.

BIBLIOGRAPHIE

ABEGG, W. - Petite psychothérapie.
Praxis, 28 Mai I959, 48, N° 22, 534-535 (Texte allemand).

ACKERMAN, N. W. - Vers une thérapeutique intégrante de la famille.
Am. J. Psychiat.., fév.I958, 114, N° 8, 727-733 (Bibliogr.)

APPEL, K.E. - La psychothérapie.
J. A. M. A., 26 Mars I960, I72, N° I3, I343-I346

APPEL, K.E., GOODWIN, H.N., WOOD, H.P. et ASKREN, E.L. - L'enseignement pratique en psychothérapie dans un centre hospitalo-universitaire
l'exemple des conflits conjugaux.
Am. J. Psychiat.., fév.I96I, II7, N° 8, 709-7I2.

ARNFRED, A.H. - Valeur scientifique de la casuistique psychothérapeutique.
Acta psychiat. neurol. scand..,I959, 34 suppl.I36, 248-256

ARONSON, M.J.- La psychothérapie dans une maison de retraite.
Arch.neurol.psychiat.., juin I958, 79, N° 6, 67I-674.

ARTUS, A. - Les problèmes de latéralisation en psychothérapie.
Arch. Hosp.., av. I96I, 33, N° 4, I0I-I04

ASKEVOLD, F. et LEHMANN, H. - Problèmes spéciaux dans la psychothérapie de groupe dans un hôpital psychiatrique.
Acta psychiat. neurol.scand.,I959, 34, suppl.I36, I79-I86

BALINT, M. - Les voies de communication en psychothérapie.
Deutsche med. Wschr.., 28 nov.I958, I27, N° 4, 344-350.

BALLY, G. - Pratique médicale et psychothérapie.
Schweiz. med. Wschr., I4 Mars I959, 89, N° II, 284-287.

BANDLER, B.- La psychothérapie orientée vers la santé.
Psychosom. Med.., mai-juin I959, 2I, N° 3, I77-I8I.

BARUCH, D.W. - Adaptation aux procédés d'éducation scolaire de techniques puisées dans le domaine de la psychothérapie de groupe.
Acta psychothérap.,I959, 7 (suppl.), I6-24.

BATTEGAY, R. - Une méthode et notre expérience avec la psychothérapie par groupe Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat..,I957, 80 N° 1/2, 1-37 (texte allemand).

BECKER, A. M. - Psychothérapie explicative.
Wein. med. Wschr..,8 Fév.I958, N° 6, I2I-I25.

BERNER, P. - Psychothérapie et "soins des âmes".
Wien. Zschr. Nervenh., I958, 15, N° 1-4, 38-44.

BIDAULT, R.- L'accueil envisagé pour une perspective thérapeutique d'intégration du malade en groupe.
Thèse Lyon, I957, N° 67, 118 pages.

BISSON, F. La psychothérapie.
Union med. Canada, août I957, 86, N° 8, 845-847.

BITTER, W.- La psychothérapie des criminels.
Acta psychothérap.,I958, 6 N° 4, 307-3I6.

BLACKMAN, N.- Modification de l'attitude de la communauté à l'égard de la mauvaise adaptation sociale à travers les techniques psychothérapeutiques de groupe.
Acta psychothérap., I959, 7 (suppl.), 47-55.

BLAINE, G.B., jr et McARTHUR C. C. - Résultats du traitement, du point de vue du malade et de son psychiatre.
J. Nerv. Ment. Dis., oct. I958, 127, N° 4, 344-350.

BLAJAN-MARCUS, S. - Les psychothérapies courtes, quelques cas.
Arch. Hosp., sept. I958, 30, N° 9, 240-24I.

BLAJAN-MARCUS, S. - Le rôle de la psychothérapie de groupe dans un hopital psychiatrique aux Etats-Unis.
Arch. hosp., av. I958, 30, N° 4, 117-119.

BLAU A. et SLAFF, B. - Brève analyse de la nature de la psychothérapie.
New York State J. Med., I5 oct. I957, 57, N° 20, 33I9-3322.

BLANC, M.- Réflexions sur la psychothérapie.
Hyg. ment., I957, 46, N° 4, 28I-288.

BLOCH, Cl. - Les éléments fondamentaux de la psychothérapie : un essai de synthèse.
Ann. méd.-psychol.,nov.I958, 116, N° 4, 8II-8I2.

BLOCH, Cl. - Les éléments fondamentaux de la psychothérapie.
Acta neurol. psychiat. belg., fév.I959, N° 2, 200-2I4

BOCKOVEN, J. S. - L'exploration en psychothérapie.
Arch. of Neurol. Psychiat., oct.I958, 80, N° 4, 520-527.

BODENHEIMER, A. R. - Le problème de la responsabilité morale du point de vue psychothérapeutique.
Séhweiz. Arch. Neurol. Psychiat., I959, 83, N° 2, 222-236.

BOSS, M. - Psychothérapie large des maladies psychosomatiques.
Schweiz. Med.Wschr. 20 fév.I960, 90, N° 8 I73-I77.

BOUR, P. et SAISSE, S. - Une expérience de psychodrame en hôpital psychiatrique centrée sur "l'agressivité inconsciente".
Ann. Méd. psychol., nov.I959, 3, N° 4 7II-72I.

BOUR, P. - Psychothérapie croisée d'un couple névrotique.
Evol. Psychi., av-juin I960, 25, N° II, 255-269.

BOURDON J.- Considérations cliniques et techniques sur la psychothérapie des dépressions.
Ann. Méd.-psychol. nov. I958, II6, N° 4, 8I2.

BRACELAND, F.J. - Rôle du psychiatre dans la rééducation.
J.A.M.A., 2I sept. I957, I65, N° 3, 2II-2I5

BRODY, E. B. - La théorie freudienne des psychoses et le rôle du psychothérapeute.
J. Nerv. Ment. Dis., juil. I96I, I33, N° I, 36-45.

BROMBERG, W. - Une analyse de l'ingéniosité thérapeutique en psychiatrie (psychothérapie).
Am. J. Psychiat., fév. I958, II4, N° 8, 7I9-726.

BROWN, C.C. - Les modifications des conditions de répulsion après psychothérapie.
J. Nerv. Ment. Dis., juil.-sept. I957, I25, N° 3, 487-489, 1 fig.

BRUNNER-ORNE, M. - Les séances de groupe par service dans le cadre des activités quotidiennes d'un hôpital.
Acta Psychothérap., I959, 7 (suppl.), 70-78.

BULLARD, D.M.- Psychothérapie des paranoïaques.
Arch. of Gener. Psychiat., fév. I960, 2, N° 2, I37-I4I.

BUSTAMANTE, J. A. - La psychothérapie de groupe et le psychodrame à Cuba.
Acta psychothérap., I959, 7 (suppl.), 78-83

BUSTAMANTE, J.A. - Importance des schèmes culturels dans la psychothérapie de groupe et dans le psychodrame.
Acta psychotherap., I96I, 9, N° 4, 262-276 (résumé français)

CANDRAU, G. La psychothérapie de la culpabilité et de la sensation de culpabilité.
Praxis, 26 Mai I960, 49, N° 2I, 534-538.

CARCAMO, C. - La psychothérapie.
Prensa méd. argent., 12 Juin I959, 46, N° 24, I5I5-I5I7

CARP, E. - Contribution à la connaissance des différentes images du monde pour la psychothérapie.
Topical Problems Psychotherap. (suppl. Acta Psychotherap.).
I960, 1, 56-64, (texte français).

CARLSON, E.T. et DAIN, N. - La psychothérapie quand elle était "traitement moral".
Am. J. Psychiat., déc.I960, 117, N° 6, 5I9-524.

CHAIGNEAU, H. et KOECHLIN, P. - Le champ "asilaire". Etude préliminaire à une psychothérapie de la situation carcérale.
Evol. psychiat., oct.déc. I957, N° 4, 735-748.

CHENNAZ, P. - Au sujet de la psychothérapie ambulatoire des délinquants à responsabilité restreinte.
Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat., I959, 83, N° 2, 357-358.

CHERPILLOD, C. et CAMPO, A. - La psychothérapie dans le cadre de l'hôpital psychiatrique : la psychothérapie pavillonnaire.
Méd. et Hyg., 10 mai I96I, I9, N° 502, 376-377.

CLAUSER, G. - L'expression par l'image en psychothérapie.
Symposium Ciba, av. I960, 8, N° 1, 13-22, 22 fig.

DA FONSECA, A. F. - La psychothérapie de groupe et ses limites.
O Medico, 7 Janv; I960, 11, N° 456, 15-19.

DAVIDSON, H.A.- Sémantique de la psychothérapie.
Am. J. Psychiat., nov. I958, 115, N° 5, 4I0-4I3.

D'EGGIS, H. - Essai sur le rêve vécu en psychothérapie. (La méthode Guillerey). Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat., I96I, 87, N° I, I03-I22.(Texte français).

DELGADO, H. - Une définition de la psychothérapie.
Rev. neuro-psyquiat., mars I959, 22, N° 1, 1-13.

DELGADO, H. - Une définition de la psychothérapie.
Ann. médico-psychol., fév. I960, 118, N° 2, 397.

DESOILLE, R. - Aperçu sur la technique du rêve éveillé dirigé en psychothérapie.
Evo. Psychiat., oct-déc.I959, N° 4, 575-583

DEUTSCH, F. - Rapports des communications verbales et non verbales dans les interviews obtenues par anamnèse associative.
Psychosom. Med., mars-av.I959, 2I, N° 2, I23-I30.

DIETHEIM, O. - Quelques concepts de base de la psychothérapie dynamique.
Am. J. Psychiat., mars I958, 114, N° 9, 805-809.

DUBOIS, J. Cl.- Les facteurs adjuvants de la psychothérapie dans le traitement des névroses et des psychonévroses.
J.méd. Bordeaux, mars I958, 135, N° 3, 249-255.

DUCHENE,H. - La dynamique de groupe. (A propos d'un Film).
Evol.Psychiat., janv.mars I958, N° 1, I29-I43.

DURCKHEIM, K. La psychothérapie et son importance pour le praticien (II).
Med. Klin., 4 oct.I957, 52, N° 40, I770-I77I.

EDWARDS, A.T. - Quelques aspects de la psychothérapie dans les névroses.
Méd. J. Australia, 25 Mai I957, 1, n° 2I, 7I9-72I.

EFRON, H.Y., MARKS, H.K. et HALL, R.- Comparaison des programmes d'activité centrés sur le groupe et centrés sur l'individu.
Arch. of Gener. Psychiat., nov.I959, 1, n° 5, 552-555, 1 tab.

EIDUSON, B.T. - Mécanismes cérébraux et psychothérapie.
Am. J. Psychiat., sept. I958, 115, N° 3, 203-2I0.

FINESINGER, J. E. et KELLAM, S.G.- "Permissiveness" (licence) : définition, utilité et application en psychothérapie.
Am. J. Psychiat., mai I959, 115, N° 11, 992-996.

FINK, H.K. - Le groupe psychothérapique : son équivalence au groupe familial.
Acta psychothérap., I958, 6, N° 1, 43-56 (résumé français).

FISCHER, A. - Les psychothérapeutes non médecins.
Arch. gen. Psychiat., juil. I96I, 5, N° I, 7-11.

FONTANESI, M. - La "Ludothérapie". Réalisation et Résultat.
Riv. sperim. Freniatria, 1er juil. I957, 8I, N° 2 447-460.

FRANK, J. D., GLIEDMAN, L. H., IMBER, S.D., STONE, A. R. et NASH, E.H. Volonté de guérison et rééducation, facteurs déterminant l'amélioration en psychothérapie.
Am. J. Psychiat., mai I959, 115, N° 11, 96I-968.

FREEMAN, H. L. - Le problème de la psychothérapie chez les malades hospitalisés.
J. Ment. Sc., janv. I96I, I07, N° 446, 60-66.

FRIEDEMANN, A. - Psychothérapie de groupe et médecine pratique.
Acta Psychotherap., I959, 7 (suppl.) 448-45I.

FRIEDMAN, A. - Quelques notes sur la psychothérapie d'un groupe d'adolescents.
Acta psychotherap., I960- 8, N° 2, I47-I5I (Résumé français).

GALDSTON, I. - Ethique, existentialisme et psychothérapie.
Méd. et Hyg., 2I Juin I96I, I9, N° 508, 50I-502.

GARFIELD, S. L. et AFFLECK, D.C. - Evaluation de la durée nécessaire de la psychothérapie chez les malades de consultations externes.
J. Nerv.Ment. Dis, nov, I959, I29, N° 5, 492-498.

GARNER, H. H. - Passivité et activité en psychothérapie.
Arch. Gen. Psych., oct. I96I, 5, N° 4, 4II-4I7.

GENEVARD, G. - La psychothérapie analytique de groupe.
Méd. et Hyg., I0 mai I96I, I9, N° 502, 375-376.

GENEVRARD, G. et coll. - Contribution de la psychothérapie de groupe à la compréhension de la névrose.
Evol. Psychiat., juil-sept. I96I, 26, N° 3, 399-4I6.

GERMAIN, J. - Définition et limites de la psychologie clinique; ses relations avec la psychothérapie.
Encéphale, I959, 48, N° 3, I87-2I6.

GILCHRIST, M. - La thérapeutique par le jeu.
Méd. J. Australia, 5 av. I958, 1, N° I4, 449-450.

GOLD, H. R. - La variaté des contacts culturels en tant que moyen d'appoint à la psychothérapie de groupe (Une introduction à l'ethnothérapie).
Acta psychotherap., I959, 7 (suppl.), I42-I46.

GOMES DE ARAUJO, H. A. - Raison d'existence et psychothérapie.
Ann. méd.psychol., av.I960, 118, N° 4, 6I7-634.

GOTTSCHALK, L.A. - Méthode quantative d'estimation des variations d'intensité d'un conflit ou état psychologique.
Arch. of Neurol. Psychiat., juin I958, N° 79, N° 6, 688-696.

GORDON, R.E. - Socio-dynamique et psychothérapie.
Arch. of Neurol. Psychiat., av. I959, 8I, N° 4, 486-502. 5 tabl.

GREEN, A. - Chimiothérapies et psychothérapies. (Problèmes posés par les comparaisons des techniques chimiothérapiques et psychothérapiques et leur association en thérapeutique psychiatrique).
Encéphale, janv.fév. I96I, 50, N° 1, 29-IOI.

GREENBAUM, H. - Trois stades de psychothérapie de groupe.
Acta psychothérap., I959, 7 (suppl.) I46-I49.

GREENE Jr. W.A. - Rôle d'un objet vicariant dans l'adaptation à la perte d'un objet.I. Emploi d'un objet vicariant comme moyen d'adaptation à la séparation d'avec une personne déterminée.
Psychosom. Med. sept.oct. I958, 20, N° 5, 344-350.

GRESSOT, M. - La psychothérapie en policlinique de psychiatrie.
Méd. et Hyg. IO mai I96I, I9, N° 502, 374.

GRESSOT, M. - Le psychothérapeute entre les conduites instinctives et la neuro-physiologie du cerveau végétatif. Aperçu méthodologique.
Méd et Hyg. IO mars I960, 18, N° 457, I66-I68.

GRINKER, R.R. - Un modèle transactionnel pour psychothérapie.
Arch. Gen. Psych., Août I959, 1, N° 2, 132-148.

HALEY, J. - Le contrôle dans la psychothérapie de courte durée.
Arch. Gen. Psych., fév.I96I, 4, N° 2, I39-I53.

HANDLER, J.S - Psychothérapie et responsabilité médicale.
Arch. of Gener. Psychiat., Nov. I959, 1, N° 5, 464-468.

HANHART, E. - Constitution et psychothérapie.
Psychiat.Neurol. juil. I957, 1 34, N° 1, 1-19.

HARMS, E. - Psychothérapie moderne - évolution depuis I50 ans.
J.Ment.Sc, oct.I957, I03, N° 433, 804-809.

HENDIN, H.C., LENNARD, H.L. et BERNSTEIN, A.
La psychothérapie, méthode d'action.
Am. J. Psychiat., av. I96I, 117, N° I0, 903-909.

HELLAR, C.C. - Les schismes en psychothérapie.
Topical Problems Psychothérap. (suppl. Acta psychotherap.)
I960, 1, 16-29.

HENDRICKSON, W.J., HOLMES, D.J. et WAGGONER, R.W. - Thérapie figurative.
Evol. Psychiat., oct.déc. I959 n° 4, 585-593.

HOCH, P. H. et LEWIS, N. D. C. - Progrès en psychiatrie en I958 :
psychiatrie clinique et psychothérapie.
Am. J. Psychiat., janv. I959, 115, N° 7, 654-657.

HOCH, P. H. et LEWIS, N.D.C. -Progrès en psychiatrie (I957) : psychiatrie
clinique et psychothérapie.
Am. J. Psychiat., janv.I958, 114, N° 7, 599-603.

HORST-GESTERHUIS, C. J. - Thérapie figurative.
Evol. Psychiat., oct. déc. I959, N° 4, 585-593.

HUCH, P. - Drogues et psychothérapie.
Ann. méd-psychol., fév. I960, 118, N° 2, 397.

HUSQUINET, H. - Réflexions sur la psychothérapie des névroses en milieu
hospitalier fermé.
Ann. méd-psychol., nov.,I958, 116, N° 4, 8I2.

HUSQUINET, H. - Réflexions sur la psychothérapie des névroses en
milieu hospitalier fermé.
Acta neurol. Psychiat. Belg., fév.I959, N° 2, 239-252.

HUT, L. J. - La psychothérapie de groupe et sa technique
Acta psychotherap., I959, 7 (suppl.), 449-45I

JACKSON, J. et GROTJAHN, M. - La remise en action de la névrose du
mariage dans la psychothérapie de groupe.
J. Nerv. Ment. Dis. déc. I958, I27, N° 6, 503-5I0.

JORES, A. - La psychothérapie en tant que méthode de traitement en
clinique interne.
Klin. Wschr., ler août I957, N° I5, 786-79I, 8 tabl.

KADIS, A. L. - Le rôle des réunions coordonnées de groupes dans la
psychothérapie de groupe.
Acta psychotherap. I959, 7 (suppl.) I74-I83.

KAEIBLYNG, R. - Psychopathologie et psychothérapie comparée.
Acta psychotherap. I96I, 9, N° I, I0-28.

KAHN, E. - La psychothérapie est-elle une science ?
Am. J. Psychiat., fév.I96I, 117, N° 8, 755-756.

KAMMERER, TH. et DURAND DE BOUSINGEN, R. - Technique et indication du training autogène. (Méthode de relaxation de Schultz)
Strasbourg med. janv. I958, 9, N° I, 87-88.

KENNEDY, A. - Indications générales de la psychothérapie.
Lancet, 11 juin I960, 1, N° 7I37, I257-I262.

KENNEDY, A. Chance et projets en psychothérapie.
J. Ment. Sc. janv.I960, I06, N° 442, 1-16, 20 tabl.

KISKER, K.P. - Experience acquise et techniques de la formation de groupes en clinique psychiatrique.
Nervenarzt, 20 sept. I960, N° 9, 392, 402, 3 fig.

KNOBLOCH, F. - La communauté de diagnostic et de thérapeutique en tant que partie d'un système psychothérapeutique
Acta psychotherap., I959, 7 (suppl.), I95-204.

KNOEPFEL, H. K. - Un exemple du problème de la sincérité (franchise) en psychothérapie.
Schweis. Arch. Neurol. Psychiat., I959, 83, N° I, 55-62.

KOLLE, K. - Psychiatrie et psychothérapie.
Deutsche med. Wschr., 28 août I959, 84, N° 35, I5I8-I524.

LEBOVICI, S. - Ce que l'on peut penser des techniques anglo-saxones de "counseling".
Semaine Méd. (suppl. sem. hôp. Paris); I4 Juin I959 35, N° 2I-22, 598-599.

LECLAIRE, S. - A la recherche des principes d'une psychothérapie des psychoses.
Evol. Psychiat., av. juin. I958, 2, 377-4I9.

LECONTE - l'état actuel de nos connaissances en psychiatrie autorise-t-il la poursuite du dirigisme d'inspiration sociatrique?
Ann. méd.psychol., oct. I958, 116, N° 3, 588-589.

LEGAULT, R. - Rôle de l'occupation et de la récréation-thérapie.
Union méd. Canada, sept. I959, 88, N° 9, I086-I090.

LEWIS, N.D.C. et HOCH, P. H. - Progrès en psychiatrie en I959 : Psychiatrie clinique et psychothérapie. Am. J. Psychiat. Janv. I960, 116, N° 7, 590-595.

LEWIS, N.D.C. et HOCH, P.H. - Psychothérapie et psychiatrie clinique. Am. J. Psychiat. Janv. I96I, 117, N° 7, 59I-594.

LINNEMANN, E. - Psychothérapie. Acta Psychiat. Neurol. Scand. I959, 34, suppl. I36 443-447.

LORAS, O. - Phénoménologie de la présence et du langage. Mode d'existence psychothérapique. Ann. méd.psychol. juil. I959, 2, N° 2, 3I9-320.

LUFT, H. - Les psychoses de transfert. A propos de crises avec délire hallucinatoire au cours du traitement psychothérapeutique Nervenarst, mai I96I, 32, N° 5, I99-2I0.

MASCIO, A., M. A., BOYD, R.W., Ph. D., & MILTON GREENBLATT. Corrélations physiologiques de la tension etl'antagonisme durant la psychothérapie : étude de la "physiologie interpersonnelle". Psychoso. Med. I957, 19, N° 2, 99-I04

MASTERSON, J. F. Jr.- La psychothérapie de l'adolescent comparée à celle de l'adulte. J. Nerv. Ment. Dis. déc. I958, I27, N° 6, 5II-5I7.

MEERWEIN; F. - Les implications cliniques et psychothérapeutiques à la lumière du diagnostic. Nervenarzt, 20 Mai I960, 3I, N° 5, 207-2II.

MEIER, O. - La place de la psychothérapie en pratique générale. Le training autogène en tant que méthode de base. Praxis, 24 Déc. I959, 48, N° 52, II99-I203.

MENDELL, D. et FISHER, S. - Un abord multigénérationnel du traitement. Dis. Juin I958, I26, N° 6, 523-529.

MOSES, R. - Le problème de l'introduction de la psychothérapie de groupe dans une polyclinique psychiatrique. Acta psychotherap., I96I, 9, N° 4, 277-280.

MULLER-HEGEMANN, D. - Importance de la psychothérapie. Congrès national des Sciences méd. Bucarest, 5-11 mai I957 (communications des invités étrangers), 32I-322 (texte allemand).

MULLER T.G. - Eléments psychothérapeutiques dans le processus d'enseignement.
Acta psychotherap. I959, 7 (suppl.), 246-254.

NOVEY, S. - Considérations sur les rapports de la religion et de la psychanalyse et la psychothérapie.
J. Nerv. Ment. Dis, av. I960, I30, N° 4, 3I5-324.

OPLER, M. K. - La psychothérapie de groupe : dynamique individuelle et culturelle dans le fonctionnement du groupe.
Am. J. Psychiat. nov. I957, 114, N° 5, 433-438.

PAUKER, J. D. - La consultation psychologique et le rapport.
Arch. Gen. Psych., fév. I96I, 4, N° 2, I82-I90.

PETERSON, B. H. - Quelques facteurs fondamentaux de la psychothérapie.
Méd. J. Australie, 25 mai I957, 1, N° 2I, 7I6-7I9.

PFLANZ, M. - La suggestion en tant que phénomène de tendance de base entre individus.
Nervenarzt, 20 fév. I958, 29, N° 2, 7I-74.

ROBERTS, J. M. et HAMILTON, M. - Le traitement des états anxieux, Action de la suggestion sur les symptômes.
J. Ment. Sc. oct.I958, I04, N° 437, I052-I055.

ROSENTHAL, D. et FRANK, J. D. - L'avenir des malades des consultations externes de cliniques psychiatriques traités par psychothérapie.
J. Nerv. Ment. Dis. oct. I958, 127, N° 4, 330-343, 8 tabl.

ROTH, D. - Le changement de salle à l'hôpital une étape dans la psychothérapie du malade à l'hôpital.
Arch. Gen. Psych. fév. I96I, 4, N° 2, I7I-I8I.

SAHADE, D. H. - Un nouvel auxiliaire de la psychothérapie.
Prensa méd. argent., 25 av. I958, 45, N° I7, I73I-I733.

SANBOURNE BOCKOVEN, J. - Le traitement moral en psychiatrie américaine.
J. Nerv. Ment. Dis. I956, I24, N° 3, 292-320, 7 fig.

SANBOURNE BOCKOVEN, J. - Le traitement moral en psychiatrie américaine
J. Nerv. Ment. Dis., août I956, I24, N° 2, I67-I94.

SCHINDLER, R. - La place justifiée de la psychothérapie dans les psychoses.
Acta psychotherap., I957, 5, N° 2-4, I47-I55.

SCHLEGEL, L. - Points de vue concernant l'importance psychothérapeutique d'exercices corporels.
Schxeig. Arch. Neurol. Psychiat., I959, 83, N° 2, 284-298.

SCHNEIDER, P.B., BARELET, M., JORDI, P. et DELALOYE, R. -
Cas d'echecs et de refus de la psychothérapie individuelle traités en psychothérapie de groupe.
Acta psychotherap. I959, 7 (suppl.) 338-349
(texte français).

SCHNEIDER, P.B. - Remarques pratiques sur les indications à une psychothérapie.
Schweiz. med. Wschr., 3I août I957, N° 35-36, II48-II5I.

SCHULTZ, J. H. - REVUE : Etat actuel de la psychothérapie
Ärztl. Wschr. I3 nov. I959, N° 46, 877-88I.

SCHULTZ, J. H. - Nature et limites de la psychothérapie.
Med. Klin., 20 mai I960, N° 2I, 92I-924.

SCHULTE, W. - La somato- et la psychothérapie dans le cadre de la psychiatrie hospitalière.
Deutsche med. Wschr., I9 mai I96I, 86, N° 20, 973-980.

SERBAN, G. - L'étude psycho-thérapeutique de la névrose à l'école de Pavlov.
J.A.M.A., ler août I959, I70, N° I4, I65I-I657.

SHANAN, J. et MOSES, R. - L'aptitude à faire de la psychothérapie.
Ses relations avec l'arrière-fond social et les exigences des malades.
Arch. Gen. Psych., fév. I96I, 4, N° 2, 202-2I2, 5 tabl.

SHERWIN, A.C. - Considération sur l'emploi thérapeutique de la musique dans la maladie psychiatrique.
J. Nerv. Ment. Dis., juil. I958, I27, N° I, 84-90

SOLMS, W. - A propos de l'efficacité de la psychothérapie dans les psychoses.
Wien. Zschr. Nervenh., I958, I5, N° 1-4, 284-290.

STAEHELIN, B. - Quelques observations et remarques sur un traitement psychothérapeutique.
Acta psychotherap., I958, 6, N° 4, 355-37I, (résumé français).

STAEHELIN, B. - I4 exemples de psychothérapie chez des sujets manifestant des difficultés quand ils ont à subir un examen.
Praxis, 26 Janv. I96I, 50, N° 4, 6I-66 (texte allemand).

STEVENSON, I. - L'instigation directe des modifications du comportement en psychothérapie.
Arch. Gén. Psychiat. juil. I959, 1, N° I, 99-I07.

STEVENSON, I. - Le problème des résultats en psychothérapie.
Am. J. Psychiat. août I959, II6, N° 2, I20-I23.

STOKVIS, B. - Les résultats de la psychothérapie.
Topical Problems Psychotherap. (suppl. Acta psychoth.)
I960, 1, I4-73 (résumé français).

STORROW, H. A. - La mesure de l'opportunité de la psychothérapie
Arch. of Gener. Psychiat., fév. I960, 2, N° 2
I42-I46, 3 tabl.

STRANSKY, E. - Wagner-Jauregg et la psychothérapie.
Acta Psychotherap., I958, 6,N° I, 1-11 (résumé français).

STRECKER, E.A. - Aspects pratiques de la psychothérapie.
Ann. of Int. Med., av. I959, 50, N° 4, 862-868.

STROTZKA, H. - La psychothérapie, art ou science ?
Wien. Med. Wschr. 6 mai I96I, 111, N° I8-I9, 326-330.

STURUP, G.K. - La psychothérapie de groupe chez les délinquants
Acta psychotherap., I959, 7, 452.

SYMONDS, P. M. - Dynamique de la psychothérapie.
Grune et Stratton édit. New-York 4I7 pp.

TOLENTINO, I. - Inhibition du langage et mutisme en psychothérapie.
Auto-description des motivations du mutisme prolongé par une schizoïde.
Ann. méd-psychol., mai I958, 1, N° 5, 938-939.

TOLENTINO, I. - Inhibition du langage et mutisme en psychothérapie.
Auto-description des motivations du mutisme prolongé par une schizoïde.
Acta neurol. Psychiat. Belg. déc. I957, 57, N° I2,
955-97I.

TAHKA, V. - Interprétation psychothérapeutique.
Acta psychiat. neurol. scand., I959, 34, suppl. I36, 242-247.

VON KRAEMER, R. - La thérapeutique entre l'individu et le groupe.
Méd. Klin., I9 déc. I958, 53, N° 5I, 2I9I-2I94.

WADESON Jr R. W., DRYE, R. et CREENE, P. - Le développement d'un programme de thérapeutique active dans un service de chroniques.
Arch. of Neurol. Psychiat., sept. I958, 80, N° 3, 363-373.

WASSERMAN, I. - Remarques sur le diagnostic et l'attitude thérapeutiques dans les névroses et les psychopathies.
Polski Tygod. Lek., 25 Mai I959, I4, N° 2I, 977-979.

WESTMAN, H. - Qu'est-ce la psychothérapie ?
Topical Problems Psychotherap. (suppl. Acta Psychotherap.) I960, 1, 9-I7. (Résumé français).

WINKLER, W. T. - C.R. - des étapes du traitement psychothérapie d'une malade atteinte de catatonie.
Acta psychotherap., I957, 5, N° 2-4, I62-I93 (Texte allemand)

WOLFF, K. - Les bases anthropologiques de la psychothérapie.
Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat., I959, 83, N° 2, 222-236.

YTREHUS - Traitement par l'ambiance.
Acta psychiat. Neurol. Scand., I959, 34, suppl. I36, I02-I05.

CONCLUSIONS

Nous nous sommes efforcés dans notre thèse de mettre en lumière les diverses modalités de l'utilisation et des bénéfices de l'analyse psychothérapique en milieu asilaire.

I - L'étude des malades a montré par :

Le premier cas, qui ne fut pas à proprement parler traité par l'analyse classique, celle-ci n'étant d'ailleurs pas strictement indiquée devant un syndrôme schizophrénique aussi manifeste, bien que nous pûmes, grâce à l'abord psychothérapique, mieux cerner la personnalité du malade, si nous ne pûmes conclure à certaines modalités évolutives, vue la brièveté du traitement, nous avons pu analyser ses difficultés.

Le deuxième cas : bien que lui aussi étiqueté schizophrénique fût traité de façon beaucoup plus orthodoxe, il pût quitter l'hôpital beaucoup plus rapidement, malgré sa rechûte qui fût très brève, elle fût d'ailleurs finalement fructueuse car elle dynamisa au retour une série de prise de conscience qui marquèrent un virage dans la saturation.

Nous avons vu que le diagnostic péjoratif de l'immédiat pouvait être remis en question. Il n'existait pas de détérioration in-

tellectuelle, de nouvelles disciplines ont pu en effet être abordées avec succès par le malade.

Nous avons donc montré l'utilité de la psychothérapie analytique tant sur le plan thérapeutique que diagnostic.

II - Sur le plan technique :

Nous avons essayé de montrer que la sauvegarde de la liberté du malade par rapport au thérapeute était nécessaire, ainsi que le respect de la personnalité entière de celui-ci, pour obtenir la défusion des images négatives et positives du monde extérieur.

L'attitude de neutralité du thérapeute était donc indispensable (pas d'attitude directrice ni moralisatrice) les entorses que nous y avons du faire ont eu pour causes :

1° - la situation du thérapeute dans les services

2° - la structure de chacun des deux services

3° - la structure particulière de chaque malade

celles-ci ont eu d'ailleurs l'avantage de montrer qu'une certaine souplesse de la technique était possible, voire indispensable.

Dans les deux cas le transfert a été largement utilisé et analysé, avec toutefois plus de discrétion dans le premier cas ou "les appels du Moi" ont été parfois nécessaires.

L'analyse des résistances ont été surtout utilisées pour débloquer l'agressivité, elle a été plus tardive dans le deuxième cas, car là elle y avait été totalement inconsciente.

A été finalement nuancée l'attitude nécessaire gratifiante dans le premier cas et surtout plus engagée dans le deuxième.

III - L'utilisation parallèle de la chimiothérapie

Nous avons vu l'apport de la chimiothérapie, la façon dont elle pouvait être utilisée dans la relation et ses points d'action.

Elle a été nécessaire dans le premier cas comme dans le deuxième pour maintenir le contact à un niveau d'intégration oedipien, l'entière responsabilité quant à sa prescription en a été laissé au Médecin Chef dans le premier cas.

IV - La situation du thérapeute

Nous avons étudié la situation du thérapeute au sein du service, dans ses relations tant avec le Médecin Chef qu'avec le personnel infirmier, en montrant la nécessité d'expliquer certaines situations conflictuelles pour éliminer les interférences parasites.

Le médecin Chef doit en effet, nécessairement accepter tant sur le plan conscient qu'inconscient le principe de la psychothérapie ainsi que la personnalité du thérapeute.

Nous avons montré que l'indépendance absolue du psychothérapeute n'était pas absolument nécessaire mais qu'au contraire une coopération harmonieuse était souhaitable. Cette coopération rendant nécessaire la responsabilité du psychothérapeute dans la mesure ou celui-ci sera amené à prendre une attitude active.

V - Les indications

Les indications de la psychothérapie en milieu asilaire sont recouvertes en partie par celles en milieu libre, aussi nous

ne les avons pas étudiées sur le plan psychiatrique, mais seulement par ce que le milieu asilaire, ajoute comme nouvelle variable.

1° - Les psychothérapies de sauvetage visant à éviter la structuration d'une personnalité réactionnelle à l'hospitalisme pour ainsi éviter la chronicité. Tenter quelque chose auprès des chroniques, car pour ceux-ci plus que pour d'autres une approche progressive est nécessaire afin de les intégrer dans un groupe.

2° - Les psychothérapies pratiquées en milieu asilaire pour soustraire temporairement à l'environnement le malade, et ce pour des raisons psychiatriques ou matérielles.

VI - Les points d'action de la chimiothérapie et de la psychothérapie

La discussion sur leurs points respectifs d'action, nous a montré la nécessité d'utiliser cette dernière chaque fois que la chimiothérapie permettant un usage plus large de l'appareil psychique, il existait des comportements stéréotypés qui demandaient à être liquidés pour permettre au sujet des possibilités d'adaptation plus grandes.

Vu : le Président de Thèse

Professeur L. MICHAUX

Vu : le Doyen

L. BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH